

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N^o 4

DES

GROSSESSES ECTOPIQUES

ET DE SES RÉCIDIVES

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 17 Novembre 1908

PAR

Edmond PRUNET

Né le 2 juin 1883, à Saint-Martin-Valmeroux (Cantal)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

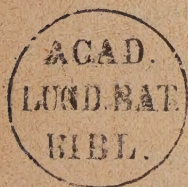


MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUST. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1908



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*) DOYEN
SARDA ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (*).
Clinique chirurgicale	TEDENAT (*).
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (*).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*).
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (*).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique.	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER.
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET

Doyen honoraire : M. VIALLETON

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed.	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

M. IZARD, *secrétaire*.

Examineurs de la Thèse

MM. DE ROUVILLE, <i>président</i> .		MM. SOUBEYRAN, <i>agrégé</i> .
GILIS, <i>professeur</i> .		LEENHARDT, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE
GUILLAUME-AUGUSTE PRUNET

A MA MÈRE

*Faible témoignage de ma reconnaissance
et de mon amour filial.*

A MON ONCLE VICTOR PRUNET

ENTREPOSEUR DE TABACS EN RETRAITE

A MON BEAU-FRÈRE

LOUIS DE LA VAISSIÈRE DE LAVERGNE

*Qui fut pour nous un frère dévoué, témoi-
gnage de reconnaissance.*

A MES BEAUX-FRÈRES, A MES SŒURS

A MES AMIS

E. PRUNET.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR DE ROUVILLE

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

A MES MAÎTRES DE LIMOGES

MM. LES PROFESSEURS	CHÉNIEUX,	clinique chirurgicale.
	RAYMOND,	— —
	JUSTIN LEMAITRE;	— —
	DONNET,	— —
	VOUZELLES,	— —
DOCTEURS	PÉRIGORD	
	BOULLAND	
	CUBERTAFOND	

A MES MAÎTRES D'ALGER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CURTILLET

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE

*Dont nous fûmes l'interne en 1907, hommage
de reconnaissance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR QUEIREL

DE MARSEILLE

*A qui nous devons toutes nos connaissances
en obstétrique.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR TREILLE

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE EXOTIQUE A MARSEILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CH. PLATON

Souvenir reconnaissant.

A MONSIEUR VALETTE

CHEF DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

E. PRUNET.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
GROSSESSES ECTOPIQUES
ET DE SES RÉCIDIVES
DE L'ÉTIOLOGIE ET DE LA PATHOGÉNIE

INTRODUCTION

Après une première grossesse ectopique, une femme peut-elle se considérer comme quitte envers la Fatalité ?

Voilà la troublante question que se pose la malheureuse au souvenir de la salle d'opération et de sa maternité manquée.

— Docteur, cela recommencera-t-il, demande toute une famille anxieuse ?

Cela peut-il recommencer ? nous demandons-nous, nous même, au souvenir du tableau effrayant de cette grossesse tubaire, ignorée, puis tout à coup, sans prodromes, ouverte en plein péritoine.

Oui, cela peut recommencer et malheureusement cela recommence plus souvent qu'on ne l'avait cru tout d'abord, et dans le premier chapitre de ce travail, nous nous

proposons d'écrire une fois de plus cette histoire qui n'est plus jeune.

Ce mot de grossesse extra-utérine veut qu'immédiatement on se mette à la recherche des statistiques, pour se faire une idée de la fréquence de cette affection.

Martin (1) rapporte un cas de grossesse ectopique pour 10.000 grossesses normales. Pozzi, dans son traité de 1907, nous apprend que sur 60.000 femmes examinées pendant sept ans dans les cliniques de Carl Braun et de Späth, à Vienne, on n'en aurait trouvé que cinq cas. Fasola en aurait observé 5 cas sur 1.565. Toth, sur 1.700 femmes atteintes d'affections gynécologiques, en a observé 31 cas:

Ces chiffres ne donnent pas une idée exacte de la fréquence réelle de la greffe extra-utérine de l'œuf ; mais si l'on considère que l'intervention chirurgicale, même dans le cas de doute, a fait sortir du cadre d'affections méconnues toutes ces grossesses dont on n'avait pas fait le diagnostic et qu'on n'opérait que pour leurs symptômes alarmants, si l'on considère que bien des examens macroscopiques et microscopiques ont pu être faits depuis que ces interventions sont plus courantes et que les hématosalpinx ont été obligés d'avouer leur identité ; si l'on considère encore que ces affections n'ont pas de signe pathognomonique qui puisse permettre au médecin de les diagnostiquer à coup sûr, et que, bien des médecins n'ont pas de moyens chirurgicaux à leur portée, pas plus d'ailleurs que le pouvoir de faire un diagnostic anatomique posthume, nous avons le droit de penser que bien des femmes emportent dans la mort le secret de leur mal, et

(1) Thèse de Paris, janvier 1901.

que la fréquence de ces affections pelviennes de la femme est plus grande qu'on ne l'a fait dire aux statistiques.

Or, cette affection-là récidive, et cette récidive est malheureusement fréquente.

Au mois de juillet 1908, M. le professeur de Rouville, dans son service de l'hôpital Suburbain, en avait une nouvelle preuve, et nous eûmes le très grand honneur d'être chargé par notre maître, de rechercher quel était l'état actuel de nos connaissances sur cette intéressante question.

Nous nous proposons modestement, surtout après avoir constaté par quels maîtres éminents et par quels camarades instruits le sujet avait déjà été traité; de rechercher dans la bibliographie ce qui aurait pu leur passer inaperçu, de continuer leur travail, de rassembler depuis eux les opinions émises, les observations publiées. Cette étape que nous ferons parcourir au sujet, ne sera donc pas longue, le travail de Filhoulaud étant récent.

Après avoir fait l'historique de la question, nous nous efforcerons de faire la revision de nos connaissances sur l'étiologie et la pathogénie de ces greffes anormales de l'ovule fécondé.

Après avoir emprunté à la physiologie de la fécondation, le plan de notre exposition, nous accompagnerons l'ovule à son départ de la vésicule de de Graaf jusqu'à sa nidation, en recherchant les causes qui l'obligent en cours de route à opérer cette nidation défectueuse.

Nous verrons la part qu'il faut attribuer à l'âge, à la parité, à la race, à la profession, à l'hérédité et si on peut leur donner le rôle de causes prédisposantes.

Nous aurons à nous demander aussi, s'il existe des facteurs constants, qui interviennent dans la production d'une double ectopie, et quels sont ces facteurs. Existe-t-il

une cause prédisposante toujours la même sinon dans tous les cas de grossesse ectopique, du moins chez une même femme, ou bien ne peut-on expliquer cette récidence que par un hasard qui réunit sur un même sujet des causes multiples et variées. Il est évident que dans cette explication, nous ne pouvons nous en tenir strictement à la récidence elle-même, et qu'après avoir envisagé tous les cas possibles de greffe externe, il nous sera plus facile de voir si la cause de la récidence est bien la même cause qui avait agi la première fois, ou si elle est différente.

Nous ne saurions avoir la prétention d'apporter une contribution puissante à l'étude de cette pathogénie encore mal éclairée. Nous aurions à nous heurter contre l'avis de maîtres qui ont pour eux une longue expérience. D'autre part, nous ne saurions oublier que, malgré cela, les avis des uns sont trop souvent opposés aux avis des autres ; nous conviendrons aussi que le laboratoire ayant très rarement apporté le concours et le contrôle de la méthode expérimentale, ces avis ne sont souvent que des hypothèses que les examens anatomiques ou histologiques ne peuvent justifier à coup sûr. Et du moment que le champ des hypothèses est ouvert, nous ne nous interdirons pas le droit d'en faire à notre tour, hypothèses que nous ne pourrions pas toujours appuyer d'une observation, celles-ci étant muettes souvent sur les causes que nous invoquons. Et nous exprimerons notre regret, qu'en présence d'une malade on s'en soit tenu trop simplement à l'étude du fait présent, sans connaître à fond l'histoire de la malade. Nous n'aurons pas le bonheur de trouver assez d'ennemis à nos opinions, et nous le regrettons aussi, car cela assurerait une série d'observations plus complètes, qui rendrait peut-être plus facile la tâche des futurs auteurs, vers une lumière plus grande.

Et surtout vers une thérapeutique plus vaste, car au traitement radical que nos maîtres opposent avec succès à ces cas graves quand même, il serait bon d'envisager non seulement le traitement préventif, que nos chirurgiens appliquent judicieusement selen les cas, mais encore la possibilité d'un traitement prophylactique de ces récidives en même temps que de toutes les grossesses extra-utérines.

HISTORIQUE

Ce serait à Abulcasis que reviendrait l'honneur d'avoir eu l'initiative d'observer et de publier le premier cas de grossesse extra-utérine suivie de récédive, si Varnier n'avait éliminé cette observation dans sa communication de 1900, et annoncé comme première en date celle de Jacques Noier en 1591, rapportée par un médecin bordelais, Etienne Maniaud. Après lui viennent les observations de Robert Nicaud en 1644, de Gabriel King en 1742, de Galiay en 1837, de Brown en 1850. Ce sont, comme on le voit, des observations bien isolées, souvent obscures, et qui n'ont qu'un intérêt historique.

Pour trouver le premier mémoire sérieux, il faut arriver à Puech, qui, en 1879, publia dans la *Gazette Obstétricale* (numéro 41), plusieurs cas de récédive. En 1883, on trouve la thèse de Schuhl.

En Allemagne, peu de temps après, les travaux d'Ols-hausen paraissent dans la *Semaine Médicale* allemande (1). En 1891, ceux de Meyer. En 1892, ceux de Martial Roquet inspirés par Boileux. L'année suivante, en Allemagne, Karl Abel publie (*Arch. für Gynecolo-Band*, XLIV) plusieurs cas de récédives précédés de grossesses

(1) N° 9, 1890.

utérines normales, et explique les cas d'ectopie récidivante par des anomalies congénitales du trajet et de la direction de la trompe. Dans sa conclusion, il donne l'indication thérapeutique suivante : Dans une première intervention, examiner la trompe du côté opposé ; si elle présente la même anomalie congénitale, l'enlever. — En 1897, Toïvo Forströmm, Zangemeister et A. Lindeblomm, exposent des cas nouveaux d'ectopie récidivante.

Le 5 octobre 1900, à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie, Varnier, dans une communication très importante, met la question à l'ordre du jour. Il apporte une observation personnelle et 63 cas bien authentiques, résumé de ses recherches jusqu'à ce jour. Les discussions qui naquirent ce jour-là et les suivants au sujet de l'étiologie, de la pathogénie et du traitement, appelèrent l'attention sur cet intéressant problème, et la fin de ce même mois d'octobre 1900 nous donnait une note de Pestalozza, de Florence, au Congrès de la Société Italienne d'obstétrique et de gynécologie de Naples, note accompagnée de nombreuses observations. Après une thèse de Martin (1) sur ce sujet, Sens (2), élève de Varnier, publie les 63 cas de son maître. Haret, reprenant ceux de Pestalozza et les discutant, ne retient que les cas bien certains et publie 35 observations absolument certaines.

Après 1901, viennent successivement les cas de Lejars, au Congrès de l'Association française de chirurgie de 1904 ; la revue de Jayle et Nandrot (Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale), sur les grossesses ectopiques bilatérales.

De nombreuses observations ont été, à cette époque, pu-

(1) Martin, thèse Paris, janvier 1901.

(2) Sens, thèse Paris, février 1901.

bliées tant en France qu'à l'étranger et surtout en Amérique, mais aucun travail d'ensemble n'a été fait sur la question.

En Angleterre : Dawson apporte un cas, Sturmer un autre de grossesse tubaire avec récurrence. Doran et Andrews en publient chacun un, Lewen un autre.

En Amérique, les observations sont plus nombreuses. Marsha en 1902, Chandler et Murphy en 1903, Harris, Lawrence en 1904, Liell en 1905, apportent chacun un ou plusieurs cas personnels.

En Allemagne, en 1902, paraît à Leipzig le travail inaugural de Battger. L'année suivante, Rosenstein, Karl Reifparscheid (2 cas), Kuntz (3 cas), Orthmann (2), Wasmer (2 cas), apportent de nouveaux éléments. En 1904, Hoffmeier et Ulmann, en 1905, Michin, publient de nouvelles observations personnelles.

Citons enfin le travail de Waff et l'observation de Brouha parue dans les *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège* en 1905 (1).

Tous ces cas, Sauvé les réunit et les discute dans sa thèse (Paris, avril 1906).

Malgré l'apport de toutes ces observations, malgré les travaux sur la grossesse extra-utérine simple, le problème reste à résoudre en tant qu'étiologie et anatomie pathologique ; or, donner la solution de ce problème serait donner la clef du problème thérapeutique.

Comme il n'existe pas une étiologie et une pathogénie pour la seule récurrence, nous sommes obligé d'envisager tout le mystère de la grossesse ectopique en général, et nous devrions citer dans cet historique tous les travaux plus généraux qui ont collaboré à la connaissance de cette

(1) Tome 44, page 75.

étiologie ; cela nous entraînerait hors des limites strictes de notre sujet. Les noms de ces auteurs seront mieux à leur place dans l'index bibliographique. Cependant, nous ne pouvons passer sous silence la thèse de Tainturier en 1895 sur les grossesses extra-utérines dans les trompes saines, le travail de Henrotin et d'Herzog sur les anomalies du canal de Muller comme causes d'ectopie, la thèse de Funck Brentano sur les grossesses normales survenant après la grossesse ectopique, l'étude de Stepkowski sur l'étiologie de la grossesse extra-utérine, enfin les discussions diverses sur le traitement, sur l'opportunité de la castration bilatérale.

En 1907, au mois de juillet, apparaît la thèse de Filhoulaud avec d'assez nombreuses observations nouvelles, les unes personnelles, les autres colligées dans les différentes revues étrangères. Il insiste sur l'étiologie des grossesses extra-utérines et ajoute un chapitre d'anatomie pathologique. Au point de vue thérapeutique, il conclut que : *« dans une première intervention, la crainte de la récurrence ne doit pas amener à faire la castration totale en l'absence de lésions suffisantes des annexes, mais qu'il ne faut pas pousser à l'extrême le désir de conservation de ces annexes, s'il y a doute sur leur intégrité. »*

Depuis le travail de Filhoulaud, qui est une mise au point parfaite de nos connaissances sur la question, d'assez nombreuses observations ont paru dans les revues étrangères, ainsi que de nombreuses communications sur l'étiologie des grossesses extra-utérines. On sent une tendance bien marquée vers la lumière, sans toutefois que nous soyons arrivés à une solution presque définitive.

Nous avons réuni ici quelques observations, que nous aurions voulu plus nombreuses. Mais devant la difficulté qu'il y a à se procurer les revues étrangères déjà ancien-

nes et que toutes les bibliothèques ne possèdent pas, nous avons dû nous en tenir à des résumés très écourtés, qui ne nous permettent guère d'aider à solutionner le problème étiologique, et n'ont qu'un intérêt de statistiques.

A la fin de ce travail, on trouvera la liste des auteurs anciens et modernes que nous avons consultés pour la confection de ces quelques pages.

ETIOLOGIE

Définition. — On est d'accord pour appeler récidue de grossesse ectopique, toute grossesse extra-utérine survenant après un premier cas semblable ayant nécessité ou non l'ablation d'une moitié des annexes, qu'il y ait eu ou non grossesse utérine intermédiaire, et que cette nidation défectueuse de l'œuf se fasse dans la trompe opposée restée seule, dans le moignon de celle primitivement atteinte et enlevée, dans la même trompe si elle a survécu, dans l'ovaire ou dans le péritoine.

Cet accord cesse bientôt lorsqu'il s'agit de définir et de rechercher les causes qui président à ces phénomènes et qui, en empêchant l'ovule fécondé d'obéir aux lois physiologiques, préparent de véritables catastrophes sur lesquelles la patiente, sa famille et le médecin ne sauraient cesser une minute d'avoir leur attention tenue en éveil.

Et d'abord, existe-il une cause toujours la même dans les deux trompes et pour toutes les femmes qui sont victimes de ces ectopies, cause qui persistant alors qu'une partie des annexes a déjà sombré sous la main vigilante du chirurgien, fera se reproduire le phénomène fâcheux avec une physionomie et une évolution semblables dans la trompe sauvée du naufrage ?

« On est porté à croire, nous disait Varnier en 1900, à une prédisposition congénitale ou acquise identique, que

pourrait peut-être dépister un examen attentif des annexes non gravidés, fait au cours de la laparotomie commandée par la première grossesse ectopique. »

On doit convenir qu'il existe des causes multiples dont la plupart échappent à nos investigations, les *unes* identiques pour les deux trompes et pour des femmes différentes, les *autres* dissemblables, pouvant agir séparément, l'une après l'autre, ou s'associer pour produire ces phénomènes que nous groupons sous un même nom d'ectopie gravidique ou de récurrence d'ectopie. Dès lors, comment faire pour étudier les causes de ces récurrences sans étudier en même temps celles de la grossesse extra-utérine en général ? La nidation externe de l'œuf et la reproduction de cette anomalie, à échéance plus ou moins lointaine ou rapprochée, ne sont pas choses séparables ; elles peuvent dépendre, sur une même femme, d'une même cause, mais aussi de causes bien différentes ; envisagées isolément, elles ne sont que des grossesses extra-utérines dont il s'agit de démêler les causes prédisposantes, adjuvantes ou efficientes.

Ce qu'on ne peut nier toutefois, c'est la tendance réelle à la récurrence, qui existe après une première atteinte. Les statistiques ne nous laissent aucun doute à ce sujet.

Fréquence. — En 1900, dans sa communication à la Société d'obstétrique, Varnier apportait 63 cas bien nets de récurrence ectopique. En opposant ces chiffres à la statistique de Funck Brentano, qui avait réuni, en 1898, 127 cas d'intra-utérines consécutives à une extra-utérine, on trouve la proportion suivante, après une première atteinte : une extra-utérine contre deux utérines.

Dans la discussion de ce même jour, Bouilly affirme

que sur 80 cas opérés par lui, il n'a jamais eu l'occasion d'observer une récurrence. Quelque temps après cependant il fait paraître une observation, publiée dans la thèse de Filhoulaud en 1907.

Legueu et Schwartz n'en ont jamais observé malgré leurs 40 cas opérés.

« A la clinique de Bonn, d'après Karl Reiffarscheid, sur 43 grossesses tubaires, 2 sont récidivantes, ce qui donne une proportion de 4,6 pour 100. Il y en eut 5 sur 707 cas de Kustner, 5 sur 92 cas de Strauch, 2 sur 30 cas de Kumpel. » (Lejars.)

Sur 63 grossesses extra-utérines que Lejars a opérées depuis 1895, il a noté 3 récurrences, ce qui donne la proportion de 4 à 5 pour 100.

On voit dès lors que si la somme des femmes ayant des grossesses extra-utérines dans ses rapports avec une première atteinte, il n'en est pas de même quand on envisage la fréquence de la récurrence des grossesses extra-utérines dans ses rapports avec une première atteinte.

Cette fréquence établie, voyons un peu ce qu'elle devient quand on considère l'âge des femmes éprouvées, et la parité.

Age. — A quel âge a lieu la première atteinte ? Cette question présente un double intérêt pour la pathogénie et pour le pronostic.

D'après les statistiques, la grossesse extra-utérine semble s'observer surtout chez des femmes d'un âge moyen par rapport à l'existence envisagée dans son entier, mais d'un *âge génital* avancé.

On déduit de la statistique de Jacobs publiée par Filhoulaud, que la grossesse tubaire serait plus fréquente de 30 à 35 ans, puis de 25 à 30, puis de 35 à 40.

D'après Neugebauer, qui établit sa statistique par 37 cas, alors que Jacobs l'appuyait sur 82, on trouve que la femme est plus susceptible de 35 à 40, puis de 30 à 35, puis de 20 à 25.

Nous avons fait la même statistique avec les observations apportées par Sauvé (1). Notre tableau sera moins riche si l'on considère qu'il s'appuie sur les observations de récidives, de même que celui que nous faisons avec des observations de Filhoulaud.

Sur 18 cas apportés par le premier :

de 20 à 25 : 3 cas	de 30 à 35 : 6 cas
de 25 à 30 : 8 cas	de 35 à 40 : 1 cas

Filhoulaud :

de 20 à 25 : 4 cas	de 30 à 35 : 6 cas
de 25 à 30 : 8 cas	de 35 à 40 : 1 cas

Dans les deux cas, ces chiffres se rapportent à la première atteinte.

Ces statistiques, quoique improvisées, sont une nouvelle preuve que l'âge moyen de la vie est le plus exposé à être atteint.

Combien de temps après la première ectopie se fait la récidive ?

Varnier et son élève Sens ont relevé les intervalles suivants sur 56 cas :

Moins de 2 mois : 1 fois	2 à 3 ans : 8 fois
3 à 12 mois : 18 fois	3 à 5 ans : 7 fois
12 à 18 mois : 7 fois	5 à 6 ans : 4 fois
18 à 24 mois : 10 fois	12 ans (Cœ) : 1 fois

(1) Thèse. Paris, 1906

Zangemeister a noté une récurrence six semaines après une première intervention chirurgicale.

Pour Sauvé, cet intervalle a été dans les observations qu'il apporte :

Moins de 6 mois : 2 fois	De 2 ans � 3 ans : 0 fois
6 � 12 mois : 5 fois	4 ans : 3 fois
12 � 16 mois : 2 fois	De 5 ans � 6 ans : 2 fois
16 � 24 mois : 4 fois	

Pour Filhoulaud, ces chiffres ne varient guère. Il est inutile de les citer. Ils reproduisent ceux que nous avons déjà sous les yeux, à peu de chose près, et d'ailleurs la conclusion à tirer de ces intervalles n'offre qu'une médiocre importance à tous les points de vue, à moins qu'on ne veuille y voir que la récidive ne se fait guère attendre, et que cette trop brève échéance, quoique peu déterminée, doive entrer en ligne de compte lorsque le chirurgien se pose la question d'intervention préventive.

Parité. —   côté de ces éléments, sur la fréquence par rapport à l'âge des femmes, sur l'intervalle de la première atteinte et de la récidive, il est intéressant de voir ce que devient cette fréquence quand on envisage les accouchements antérieurs de la femme. En effet, le plus grand nombre des femmes atteintes sont des multipares, par conséquent, des femmes dont l'appareil génital aura été éprouvé, et nous en tirerons des éléments pathogéniques qui auront leur place plus loin.

Sur 82 cas de Jacobs, 56 des femmes étaient multipares ; 26 étaient nullipares. Sur 129 cas étudiés par Tainturier, 94 sont multipares. On en trouverait bien d'autres preuves ; qu'il nous suffise jusqu'à présent de signaler cette relation de cause à effet.

Hérédité, profession. — Il serait très intéressant d'établir des chiffres semblables à l'aide de la profession et de l'hérédité. Malheureusement, aucune observation ne donne d'indication à ce sujet. C'est peut-être une faute. Aussi étrangères que puissent paraître de pareilles causes, on n'a pas le droit de les négliger à ce point dans une question encore controversée. Il ne serait pas étonnant qu'une certaine catégorie de femmes soit plus frappée que d'autres. De ce fait découlerait peut-être une règle d'hygiène simple qui serait la base d'un traitement prophylactique peut-être efficace.

Pourquoi ne pas tenir compte et ne pas avec plus d'insistance rechercher les antécédents de toutes sortes. Il y a des fils de hernieux plus prédisposés aux hernies. Pourquoi n'y aurait-il pas des femmes prédisposées à ces grossesses ectopiques, par un atavisme quelconque. L'hérédité peut avoir son rôle là comme ailleurs, sans toutefois empiéter sur celui des causes congénitales.

PATHOGENIE

Après ces considérations générales sur la grossesse extra-utérine et sa récursive, considérations sur la fréquence, l'âge, la parité, il nous reste à déterminer quels sont les facteurs à incriminer d'une façon précise dans la pathogénie de ces affections.

Comme nous l'avons déjà dit, chercher les facteurs de la récursive revient à chercher aussi ceux de la première atteinte et partant de la grossesse ectopique en général.

Malgré nos faibles moyens, nous allons tenter de le faire avec le plus de clarté possible.

Stoltz, dans son article du Dictionnaire de médecine et de chirurgie, résume toute cette pathogénie en disant : *« Tout ce qui peut troubler la marche de l'ovule fécondé, depuis l'ovaire jusque dans la cavité utérine, peut devenir cause de grossesse extra-utérine. »* (1)

Nous allons suivre la marche de cet ovule fécondé, et voir ce qui peut le gêner depuis la vésicule de de Graaf, jusqu'à l'ostium uterinum qui l'abandonne à l'utérus et le solliciter à une implantation extra-utérine.

(1) Filhoulaud, thèse Paris, 1906.

Physiologie de la fécondation

Dans la migration de l'ovule, deux hypothèses sont possibles : « ou bien les spermatozoïdes normalement fécondent l'ovule dans son passage à travers la trompe, ou bien il faut que la trompe soit malade pour qu'ils la traversent. » C'est la théorie de la fécondation de Lawson Tait.

Les physiologistes modernes (Bischoff, Coste, Viaux, et Jolly, etc., etc...) ont parfaitement démontré, dans leurs expériences, que le spermatozoïde n'attend pas l'ovule ou que la trompe soit malade pour aller à la rencontre de celui-ci. Il va au devant de lui et le cherche jusque dans l'ovaire. Le spermatozoïde a une façon de se mouvoir qui lui est propre, et ce mouvement il l'emploie pour aller de l'avant. Il ne sera pas gêné dans sa marche par la présence des cils vibratiles de l'oviducte, qui ne sont là que pour suppléer à son mouvement flagellaire disparu après sa fusion à l'ovule. L'œuf une fois produit, est pris dans le courant de dehors en dedans créé par ces cils vibratiles et jeté en quelque sorte à l'utérus. Les phénomènes intimes de la fusion du spermatozoïde à l'ovule se passent dans la partie externe de la trompe et jusque dans l'ovaire. A ce niveau donc, nous avons affaire non plus à l'élément femelle, mais à un œuf toujours prêt à se greffer rapidement dès qu'il trouvera des tissus disposés à le recevoir.

Sachant la rapidité avec laquelle se fait l'implantation de l'œuf, nous comprendrons que sa migration aura besoin de s'effectuer très vite, étant donnée la même aptitude que celle de l'utérus de la muqueuse tubaire à le retenir, et que le moindre retard pourra être cause d'une nidation défectueuse.

Et puisqu'il s'agit de mettre au grand jour les raisons pour lesquelles l'œuf s'implantera ailleurs que dans l'utérus, il nous reste à envisager des torts de la part de la trompe, qu'elle soit elle-même entièrement responsable ou qu'elle ait comme complices des causes étrangères à elle, et des torts de la part de l'œuf. Nous envisagerons aussi des causes plus générales, ne résultant pas d'un état appartenant en propre aux organes génitaux de la femme, mais concomitantes à un état plus ou moins pathologique de tout l'organisme.

*Causes résultant d'une modification de l'état
normal des trompes.*

Ces causes, nous les diviserons elles-mêmes en :

Causes intrinsèques ;

Causes extrinsèques.

Les unes seront mécaniques, d'autres congénitales, d'autres infectieuses.

Causes mécaniques. — Quand on considère l'âge relativement avancé des femmes atteintes de grossesse extra-utérine et qu'on songe aux obstacles possibles de la migration de l'ovule, on ne peut se défendre de penser à une *tumeur de voisinage* qui comprimerait la trompe, la ferait dévier, produisant ainsi une diminution de sa lumière, ou une coudure modifiant la continuité de son canal, capables de créer un obstacle à l'œuf, qui se grefferait ainsi en amont de cet obstacle.

C'est une cause dont le rôle semble indiscutable et qu'admettent les auteurs, en particulier Ribemont-Dessaignes et Lejars, ce dernier ayant constaté lui-même des *fibromes* sous-péritonéaux et interstitiels.

Nous savons, d'autre part, que chez de nombreuses femmes, dont la constipation est opiniâtre, on trouve d'énormes tumeurs stercorales qui peuvent entrer à leur tour en ligne de compte et être causes d'un arrêt de l'œuf dans la trompe gauche, étant donnés les rapports existant entre elle et l'S iliaque. Or, si l'on démontrait que la grossesse extra-utérine existe le plus souvent à droite, ce ne serait pas une raison pour rejeter cette cause, qui est d'ailleurs l'origine de bien d'autres méfaits dans la pathologie génitale de la femme.

Après avoir effleuré le rôle probable de tumeurs de voisinage quelles qu'elles soient, il nous reste à rechercher les causes qui, quoique n'appartenant pas aux trompes elles-mêmes affectent avec elles une parenté telle qu'elles peuvent agir mécaniquement pour arrêter l'œuf. Nous voulons parler des *adhérences*.

Ces adhérences pourront emprisonner la trompe, modifier sa direction, la rendre sinueuse, la rétrécir, la brider à un tel point que l'œuf fécondé se verra obligé à une implantation ectopique. D'où proviennent ces adhérences ? Elles proviennent de toutes les infections qui ont eu pour théâtre tout le petit bassin, quelle que soit l'origine de ces infections et leur point de départ. Ces adhérences ont été constatées par beaucoup de chirurgiens au cours d'interventions pour une première atteinte.

Dans le cas de Falk, lors d'une première laparotomie (pratiquée par Schultze), le décollement des adhérences de la trompe gravide fut particulièrement difficile et les annexes du côté opposé et qui furent laissées, sont signalées comme gisant dans une sorte de couenne.

Sur la préparation recueillie au cours de la deuxième laparotomie, on peut nettement reconnaître les restes de vieilles membranes et de brides péritonéales.

Dans le cas de Lindeblom, 3 mars 1896, la trompe et l'ovaire droits sont environnés d'adhérences solides qui semblent ne pouvoir être détruites sans violence.

Virchow, Spiegelberg, Schrøder, Martin, Scanzoni et Webster (J.-C.), ont bien fixé le rôle de ces inflammations et de ces adhérences périmétritiques dans le développement de la grossesse tubaire. Il est inutile d'y revenir. Qu'il nous suffise de rappeler avec quelle facilité les exsudats inflammatoires s'organisent au niveau des organes génitaux de la femme et du péritoine. Les infections intestinales, ulcérations des plaques de Peyer, appendicite, péritonite tuberculeuse, entérites, etc... sont souvent la cause d'exsudats qui s'organisent et qui constituent comme des barrières de défense à l'infection, mais peuvent par cela même devenir la cause d'accidents d'ectopie tubaire.

L'observation numéro 3 de Filhoulaud en est une nouvelle preuve : dans une première intervention subie par la femme pour une appendicite, on constate des adhérences avec la trompe droite et quelque temps après on est obligé de faire une nouvelle laparotomie pour grossesse ectopique droite.

Dans l'observation 5, les organes pelviens de la femme étaient recouverts par la masse intestinale adhérente et qui leur formait comme un dôme.

Observation 6 : à la deuxième laparotomie, on trouve des annexes recouvertes et emprisonnées par de nombreuses adhérences.

Le rôle fâcheux de ces productions post-inflammatoires ne semble donc plus à démontrer. Les exemples abondent; seulement, pour certains, il y a matière à discussion. En effet, pour les uns, ces lésions sont cause, pour d'autres elles ne sont que l'effet de la grossesse ectopique et des modifications survenues après la rupture.

Or, si d'une façon évidente, il peut rester des traces d'une hématoecèle organisée et transformée simulant la pelvi-péritonite, le plus souvent les lésions inflammatoires sont antérieures à la gestation, et en rapport avec une salpingite, une poussée de métrite, d'appendicite, etc., dont l'histoire clinique est connue.

Durshen, sur 35 cas observés, trouve une proportion de 68,5 de lésions inflammatoires des annexes, mais dans ce nombre interviennent non seulement les lésions externes, mais aussi les salpingites plus ou moins intenses sur lesquelles nous aurons à revenir.

Jayle et Nandrot citent l'exemple suivant : « Une femme eut plusieurs grossesses ; à la suite de sa dernière grossesse normale, elle ressentit des poussées péritonitiques dans le petit bassin : redevenue enceinte, elle fait une grossesse tubaire. »

Sur 37 femmes opérées par Neugebauer, on a noté 11 fois de la pelvi-péritonite, de la péri-métrite et de la péri-ovarite.

Toutefois, pour concilier les deux partis, on peut admettre que ces adhérences consécutives à une infection du petit bassin peuvent n'avoir joué aucun rôle dans une première grossesse tubaire et n'être que le résultat de celle-ci.

Plusieurs observations ne relèvent ces adhérences qu'au niveau de la trompe malade et déclarent les annexes opposées absolument saines et libres. Cela laisserait supposer, en effet, que la grossesse ectopique est antérieure aux adhérences, mais si aucun grief ne leur est imputable dans une première atteinte, ne peuvent-elles pas devenir de véritables causes dans une récurrence, alors que le pelvis est le siège d'une inflammation incontestable à la suite d'une première rupture, à la suite aussi de l'inter-

vention chirurgicale qui, aussi irrécusable qu'elle puisse être, n'en amène pas moins un traumatisme capable d'amener une inflammation dont les exsudats s'organiseront. Varnier en rapporte un exemple :

« Ce sont peut-être, dit cet auteur, les adhérences de la trompe opposée consécutives à l'organisation des exsudats enkystant la première hématocele, qui sont la cause des récidives de la grossesse tubaire du côté opposé à celui opéré. »

On peut ajouter : et aussi celles qui peuvent résulter de l'inflammation, apportée par la première laparotomie, qu'il y ait eu suppuration ou non.

La lecture des observations semblerait donner raison très souvent à cette manière de voir : première intervention, pas d'adhérences, ni d'un côté, ni de l'autre ; récidive : adhérences nombreuses.

Si nous faisons le bilan de ces causes, sur 20 observations où on a pu trouver des renseignements sur l'état des annexes opposées, nous trouvons 14 cas où ces annexes sont indiquées comme très saines macroscopiquement ; dans 6 autres cas, on trouve des annexes adhérant solidement (observations Dawson, n° 11, Colm, n°s 13, 38, 42, Sens, n° 12, Neugebauer, n° 13). Elles sont tordues après poussées d'endo et périmétrite. La proportion des cas où il n'y a pas de lésions macroscopiques des organes génitaux serait donc environ de 70 p. 100.

Cette proportion est donc assez faible, mais elle se trouverait considérablement augmentée, si on ajoute une importance aux considérations que nous avons apportées plus haut. Mais comme le dit Filhoulaud, il nous faut remarquer aussi que ces adhérences existant avant la première atteinte ou après sont susceptibles de régression. Celle-ci n'est peut-être jamais complète, mais elle est cer-

taine en partie pour Fraipont, de Liège, Virchow, Hecker, Olshausen, Wyder.

On voit donc, en résumé, que non seulement ces inflammations pelviennes para-métrite, péri-salpingite, exsudats inflammatoires organisés de toute origine, sont peu fréquemment observés avant la récurrence, mais encore qu'ils sont susceptibles d'avoir disparu presque totalement quand on opère la deuxième grossesse ectopique, exemple : observation de Dawson numéro 11, ce qui ne suffit pas cependant pour les innocenter.

Causes provenant d'une anomalie congénitale

Nombre d'auteurs voulant expliquer la lésion bilatérale capable d'être cause d'ectopie et de récurrence ont songé à quelque anomalie congénitale.

« Les anomalies dues à un défaut ou à un vice de développement du canal de Muller sont relativement rares : les grossesses ectopiques peuvent se développer soit dans un pavillon accessoire, soit dans un diverticule de la trompe ; ces deux organes étant dus à des anomalies de la période embryonnaire et non à un processus pathologique tardif.

» La disposition des pavillons accessoires est très variable ; un paquet de franges effilées, séparé d'un autre par un point resserré en collet peut former un pavillon. On trouve aussi des pertuis situés à des distances variables de l'ostium vrai et possédant un orifice à muqueuse plissée, on peut encore rencontrer de petits appendices insérés sur la surface externe de la trompe et présentant des franges à leur extrémité libre. En règle générale, ces conduits ne communiquent pas avec la trompe : l'ovule

fécondé se loge donc dès le début dans ces pavillons et s'y développe. »

Pour Freund, on pourrait avoir « affaire à un arrêt de développement bilatéral des deux trompes, gênant la progression de l'œuf fécondé vers l'utérus et l'arrêtant dans une des sinuosités infantiles de l'oviducte. Karl Abel et Frommel acceptent cette manière de voir.

» Cependant, ces cas sont rares. Rares aussi les diverticules des parois tubaires. Les travaux complets de Ballantym et Williams semblent démontrer cette rareté (1). Sur 110 examens des deux trompes, ces auteurs n'en signalent pas un exemple.

» Des coupes en série faites par différents auteurs ont cependant montré leur existence et leur origine mullérienne, soit que le canal de Muller, au lieu de rester unique donne naissance à une branche secondaire, soit qu'il ait subi une division dichotomique. »

Ces dispositions, quoique démontrées, sont bien peu fréquentes pour être opposées au nombre des grossesses ectopiques, même récidivées. Elles grossissent toutefois d'aussi peu que ce soit la liste des causes passées déjà en revue.

Néanmoins, avant de terminer ce chapitre des causes congénitales, ne peut-on pas penser à une lésion spéciale, ou plutôt à une condition spéciale atavique de la muqueuse tubaire ? C'est l'avis de certains auteurs, qui considèrent la grossesse ectopique comme un phénomène de dégénérescence, un retour à la disposition normale d'animaux inférieurs.

« D'après eux, la caduque, qui ordinairement se déve-

(1) British. Med. Journal, 1891, p. 107.

loppe dans l'utérus, pourrait aussi, par suite de cette dégénérescence, se développer dans la trompe. D'après cette théorie, l'œuf ne peut se développer que dans les trompes réunissant de pareilles conditions. Elle a le bonheur d'expliquer parfaitement la récidue. Mais on ne comprend guère pourquoi des femmes, après avoir eu une ou plusieurs grossesses normales, verraient leur muqueuse salpingienne hériter soudainement de propriétés particulières ataviques et latentes. Si cette théorie trouve son application chez des sujets à développement insuffisant des organes génitaux, elle n'est pas applicable à la majorité des femmes normales qui n'auraient que cette seule tare atavique. » D'autre part, fait remarquer Filhoulaud avec beaucoup de clarté : « chez les animaux à canal génital prolongé, où il n'y a aucune différence entre l'oviducte et la cavité utérine, la muqueuse présente partout les mêmes caractères : quand il y a un œuf dans une des cornes, la caduque existe dans les deux. Chez la femme, au contraire, si la caduque se produit au niveau du point d'implantation de l'œuf ectopié, elle ne se produit jamais du côté opposé ; l'atavisme ne serait donc que partiel. » (1)

Cette discussion nous aura toujours amené à penser qu'aux nombreuses causes résultant d'un état général de la trompe, causes extrinsèques, la muqueuse éveillera l'idée d'un autre ordre de causes intrinsèques.

Auparavant, nous voulons examiner le rôle que peut jouer un changement dans l'orientation de la position de l'utérus et de ses annexes, et dans l'état de santé de l'appareil génital de la femme qui, subissant le contre-coup d'un état général particulier qu'il nous restera à préci-

(1) Filhoulaud, thèse Paris.

ser, remplit mal son rôle physiologique et peut devenir cause d'implantation ectopique de l'œuf.

*Causes résultant d'une modification dans l'orientation
et la position de l'utérus et des annexes.*

Pour que le phénomène de la fécondation se produise normalement, pour que l'appareil génital de la femme accomplisse régulièrement ses fonctions, il est nécessaire que l'utérus et sa suite se maintiennent dans un état d'équilibre et conservent leurs rapports normaux avec les organes voisins. Ils y sont aidés par des ligaments et des replis péritonéaux. Si ces rapports changent à un moment donné, quelle qu'en soit la cause, des difficultés surgiront, soit dans la menstruation, soit dans la fécondation, etc... L'utérus peut se fléchir en arrière ou s'affaisser sur sa face postérieure, les trompes l'accompagneront dans son mouvement de bascule et subiront de ce fait une coudure ou une torsion sur leur axe. Dès lors, la lumière qu'elles circonscrivent se trouvera diminuée ou atrésiée en un certain point. Pendant la menstruation, la femme éprouvera des douleurs et une gêne ; la fonction génitale s'accomplira mal, et il arrive souvent que ces femmes sont stériles pendant plus ou moins longtemps, puis retrouvent leur pouvoir reproducteur. Alors éclatent les accidents communs aux utérus rétroversés. Il est possible que le spermatozoïde, après avoir franchi assez péniblement le point rétréci de la trompe, rencontre l'ovule en amont de ce point, et alors l'ovule devenu œuf et ayant son volume augmenté, ne se trouvant plus aidé par les cils vibratiles, dont le mouvement est paralysé ou mal orienté, subira un arrêt tel qu'il se développera et se greffera en

pleine trompe. Si cette rencontre s'est faite en aval du rétrécissement la greffe n'aura plus de raison pour ne pas faire *in utero*, et cela expliquerait que les rétroversions utérines ne sont pas la cause exclusive des implantations ectopiques, mais il y a lieu, nous le croyons, de l'incriminer fortement. Il en est de même de l'antéversion exagérée, de la latéroversion, latéro-flexion. Il n'est pas besoin d'un grand effort pour s'imaginer les changements énormes apportés dans la statique des annexes par ces affaissements et ces modifications de l'équilibre utérin. N'y a-t-il pas lieu, dès lors, de songer que lorsqu'on a pratiqué une première ablation d'annexes droites, ou gauches, sans vouloir préjuger de la cause qui aura nécessité cette ablation, l'utérus, ainsi privé d'un de ses moyens de fixation, se trouvera sollicité vers le côté opposé à celui opéré, et dans la suite, le changement anatomique éprouvé par la trompe pourra devenir cause d'implantation tubaire de l'œuf.

Nous voudrions, à l'appui de ces dires, apporter de nombreuses observations ; malheureusement, elles sont muettes sur tous ces points. Cependant, nous pouvons toujours avancer un fait dont nous userons autre part, mais qui a sa place ici aussi. La grossesse ectopique se produisant, le plus souvent, de 30 à 35 ans, d'après les statistiques déjà citées, on n'ignore pas qu'à cet âge, le périnée, surtout quand il y a eu des accouchements antérieurs, a perdu sa solidité, et que les organes génitaux, prolapsés ou non, subissent des troubles dans leur statique. Ces troubles seront plutôt la cause que la conséquence des infections banales que nous incriminons plus loin. Toutefois, ils peuvent aussi en être la conséquence dans bien des cas.

Chez les nullipares jeunes, ces vices d'orientation et de statique génitale peuvent parfaitement exister, indépen-

damment de toute infection utérine ou de grave lésion annexielle, et en particulier la rétroversion utérine simple mobile qui, dans le cas qui nous intéresse, pourra agir seulement d'une façon intermittente. Cette rétroversion, d'après Bainsby (1) de Tours, on la rencontre chez des femmes ayant un vagin normal et un périnée suffisant, c'est-à-dire sans prolapsus.

D'autre part, l'innervation, la circulation, la statique de l'utérus étant solidaires les unes des autres, on comprend que si l'équilibre utérin est rompu, cela apportera une gêne dans l'innervation, dans la circulation pelviennes, un trouble dans les parties constituantes de la trompe, qui ont le rôle déterminé de faire opérer la rencontre du spermatozoïde et de l'ovule et de rejeter l'œuf à l'utérus, soit par les cils vibratiles, soit par une sorte de péristaltisme, comme on le voit dans tous les autres tubes de l'organisme. Ces troubles dans l'innervation pourront se manifester par des alternatives d'atonie tubaire ou de spasme. Ce ne seront que des causes intermittentes en tant qu'obstacles à la migration de l'œuf, mais elles peuvent suffire à faire opérer souvent des implantations tubaires par l'œuf.

De même, le système nerveux peut avoir une influence sur le grand sympathique et être cause de spasmes, déterminant l'arrêt de l'ovule fécondé. Cela se rencontre chez des femmes nerveuses, neurasthéniques, hystériques. Cette influence presque chronique de l'élément nerveux sur le grand sympathique peut amener des contractions de l'orifice utérin de la trompe, ou des paralysies partielles de la musculature tubaire amenant le stationnement de

(1) Congrès de Chirurgie. Paris, 7 octobre 1908.

l'œuf en un point plus ou moins éloigné de la cavité utérine. Le froid, une émotion vive peuvent produire de pareils résultats, comme il est prouvé qu'ils amènent l'arrêt du sang menstruel, et dès lors, nous ne sommes pas éloigné de la conception des vieux auteurs, qu'on a cru trop naïve et qu'on a rejetée : « frayeurs vives au moment du coït. »

Cette opinion est partagée par Doléris (1).

Si l'innervation est troublée, la circulation le sera aussi, et nous assisterons à ces congestions passives qui encombre souvent le petit bassin. Nous assisterons à ces œdèmes pelviens connus de Stapfer, et qui ne sont autres que le résultat de ces états congestifs pathologiques. On pourra voir alors la trompe congestionnée, œdématiée rétrécir sa lumière insuffisamment pour empêcher le passage de l'élément mâle, mais suffisamment pour enrayer la marche de l'œuf et l'obliger à un séjour et à une implantation précoce.

Ces trois facteurs, circulation, innervation, statique utéro-annexielle, seront tour à tour cause de désordres et atteintes toutes trois quand l'une d'elles deviendra cause, sollicitée qu'elle sera, d'ailleurs, par des causes plus générales, que nous allons signaler très vite, pour ne pas nous éloigner trop de notre sujet.

Les troubles dans la statique utérine, dans la circulation et l'innervation pelviennes sont, dit Richelot, souvent le résultat d'un trouble nutritif : terrain neuro-arthritique prédisposant au relâchement des tissus, aux ptoses générales diverses. On constate chez ces femmes des migraines, eczémas, douleurs articulaires, points névralgiques,

(1) Gynécologie, 1907, p. 27.

varices, constipation, troubles de la digestion, etc... « artères petites et pieds froids, petit brightisme », comme le dit le professeur Tédénat.

En somme, ce sont là les résultats d'une véritable diathèse, et ces causes que nous avons mises en avant dans la production des grossesses ectopiques, ont pour origine une cause plus générale : l'intoxication.

Ne serait-il pas intéressant de savoir si les intoxications chroniques professionnelles n'interviennent pas aussi, par suite de la congestion qu'elles apportent aux organes génitaux féminins, par suite aussi de l'atteinte qu'elles portent à toute la fibre lisse ? De même que l'oxyde de carbone est souvent la cause d'avortements chez les blanchisseuses, cuisinières, etc...

A côté de ces causes, Fritz nous dit : « les irrégularités des parois de l'utérus peuvent produire l'antéflexion. Une mauvaise hygiène, les fatigues excessives, certains sports (équitation, etc.), la masturbation peuvent facilement agir sur l'utérus, gonflé et ramolli par les premières règles, et produire à la fois l'inflammation et la déviation de l'utérus. » Pozzi partage cette manière de voir. « Le corset, dit Glénard, en refoulant les organes, en aplatissant, en quelque sorte, les organes pelviens, gêne la circulation et la nutrition normale de l'utérus et des annexes. »

Nous nous sommes étendu un peu longuement peut-être sur toutes ces considérations, auxquelles nous n'apportons pas de preuves absolues, puisque les observations nous manquent. Elles ne sont d'ailleurs pas réfutables absolument, puisque les observations manqueront de ces mêmes détails pour ceux qui voudront les réfuter. Nous les croyons utiles, et nous pensons que ce sont bien là des causes qu'on peut invoquer pour expliquer bien des cas de grossesses ectopiques et leurs récidives en même temps.

Elles peuvent servir de point de départ à une thérapeutique prophylactique, qui n'est pas à dédaigner en l'état actuel de la question. Nous y reviendrons dans le chapitre que nous réservons au traitement.

Causes résultant d'une inflammation de la trompe

Lorsqu'on jette un coup d'œil sur les observations déjà parues de grossesse ectopique avec ou sans récurrence, on est frappé souvent par la réunion de ces trois facteurs : âge, parité, antécédents. Les deux tiers des malades de Jacobs ont présenté avant leur grossesse anormale une altération inflammatoire quelconque de l'utérus et des annexes.

Cela nous amène à considérer la salpingite comme la lésion la plus fréquente que nous ayons encore rencontrée au niveau des organes génitaux dans le sujet qui nous occupe. Cette lésion est presque toujours bilatérale, et il y a lieu de supposer que cette modification apportée à la muqueuse tubaire et à l'appareil génital, rende aptes à l'ectopie ces organes qui, jusque-là, lorsqu'ils avaient été sollicités à loger un œuf, l'avaient logé en bon lieu. Et cela nous amène à penser que dans les cas de constatation « annexes saines » au cours d'une première laparotomie, cette lésion de la muqueuse n'ayant pu être aperçue, a pu jouer un rôle dans la récurrence.

Maintenant que notre attention est attirée sur les lésions de la muqueuse tubaire comme cause possible d'ectopie et par contre de récurrences, il nous reste à savoir si les modifications intrinsèques de cette muqueuse vont permettre l'arrêt et la fixation de l'œuf.

Il y a réellement lieu de suspecter l'inflammation, mê-

me légère, survenant à la suite d'accouchements antérieurs. Sauvé nous apporte l'observation d'une femme menant une grossesse à terme, puis ayant un avortement, puis une grossesse ectopique. Les exemples semblables sont nombreux, et il semble bien y avoir là une relation de cause à effet.

Lawson Tait a accusé la *salpingite desquamative*. Pour lui, la muqueuse tubaire se modifie et perd ses cils vibratiles, les franges effilées de la trompe se transforment en bourgeons charnus. Ainsi se prépare le terrain sur lequel l'œuf, arrêté dans sa migration, va se développer.

D'autres ont accusé l'endo salpingite simple : ce sont : Bland-Sutton, Martin, Veil, Webster, Paquy, Couvelaire, et ils ont battu en brèche la théorie de Lawson Tait, en montrant que l'œuf n'a pas besoin, pour se greffer, que la muqueuse tubaire ait perdu ses cils vibratiles. Veil pense que dans la salpingite, le boursoufflement muqueux réduit au minimum la lumière de la trompe et que le catarrhe le plus léger peut amener des troubles dans la fonction des cils vibratiles. Frommel vient aussi à l'encontre des idées de Lawson Tait en montrant que la trompe malade était moins apte (quand la muqueuse était atteinte) à retenir l'ovule fécondé que lorsqu'elle était saine, c'est-à-dire lorsqu'elle n'avait eu aucune perte de substance.

Paquy, d'autre part, a montré sur des pièces que l'épithélium tubaire était conservé dans les portions non occupées par l'œuf. Tainturier, en détruisant l'épithélium tubaire, a essayé sur des lapins de reproduire la grossesse ectopique ; ses expériences sont restées négatives.

Comment donc concilier toutes ces idées ? Pour les uns il faut que la muqueuse soit en partie détruite, pour les autres il faut qu'elle soit saine. Comme dans tout paradoxe, on doit être le plus près de la vérité quand on se tient

au milieu de ces divergences. Il ne sera pas nécessaire que la muqueuse tubaire soit détruite pour que l'œuf se greffe, et d'autre part, on conçoit très bien qu'une inflammation sans destruction d'éléments puisse non seulement ne pas empêcher l'œuf de s'implanter, mais encore l'aider à le faire.

Cornil nous donne une idée très nette de l'état histologique et anatomique de la muqueuse salpingienne dans ces cas d'infection génitale. Elle présente, au voisinage du kyste fœtal, une lésion tout à fait semblable à *la salpingite catarrhale la plus intense*. Cette constatation est corroborée par les cas de Boldt, où, dans la laparotomie d'une première grossesse tubaire, la trompe indemne était atteinte de cette salpingite. Cette trompe fut laissée, et il y eut récurrence. Donc, si les maladies graves de la trompe, les suppurations tubaires, la tuberculose s'opposent à la nidation tubaire de l'œuf, il est de toute évidence, au contraire, qu'une inflammation légère constitue une prédisposition. Dans leurs expériences, Mandl, Schmit, Kustner, Stepkowsky ont démontré cette aptitude de la muqueuse. Dans les processus aigus et graves, la perméabilité de la trompe est supprimée, mais elle peut reparaître, et des grossesses sont possibles et, par suite, des extra-utérines. Ce qui fait qu'on ne rencontre pas plus souvent ces ectopies, étant donnée la préférence des lésions salpingiennes, c'est probablement qu'il y a souvent fermeture des trompes ou chronicité de la lésion, aboutissant à l'altération scléreuse et fibreuse des annexes.

D'autre part, nous savons très bien, et Funck Brentano l'a démontré, que la femme, après une première grossesse ectopique, a au moins autant de chances de voir évoluer la prochaine fois une grossesse normale, qu'une récurrence.

On ne voit donc plus qu'on puisse incriminer la bilatéralité de cette cause inflammatoire, car il y a lieu de se demander pourquoi, lors d'une nouvelle fécondation, la grossesse tubaire ne se reproduirait pas, alors qu'une normale peut avoir lieu, la cause restant telle.

Or, nous savons que les lésions de salpingite légère peuvent s'amender ou se développer.

Dans le premier cas, on assiste à l'évolution de grossesses utérines.

Dans le second, à la stérilité. Mais étant donnée aussi l'allure chronique avec poussées intermittentes des salpingites, on s'explique qu'une amélioration puisse permettre une gravidité normale et qu'une poussée puisse à nouveau être cause d'ectopie.

Ces lésions ne se manifesteront pas toujours macroscopiquement par de la péri-salpingite, et il sera bien difficile dans une première laparotomie pour une trompe intéressée, d'apprécier l'état de l'autre trompe. (Le microscope dit Filhoulard, ayant seul la clef de ces lésions.)

Si la grossesse ectopique est rare chez les jeunes femmes, c'est que probablement les deux facteurs que nous avons établis plus haut n'existent pas ensemble : si la muqueuse est apte à incubier, il n'existe pas encore de cause inflammatoire capable de ralentir l'œuf et de le disposer à la nidation tubaire. Toutefois, une des causes mécaniques précédemment étudiées pourra être cause de ce ralentissement et forcer la greffe prématurée.

On voit que lorsqu'il s'agit de rechercher une cause à l'ectopie et de faire la pathogénie de sa récurrence, on se trouve en présence de nombreux facteurs résultant des conditions qui sont faites, tantôt à une trompe, tantôt aux deux à la fois. Dans le premier cas, on admet que l'ectopie puisse se faire, mais on ne s'explique plus la récurrence ;

pourtant, il est évident qu'une cause différente de la première peut agir dans le second cas, alors que cette condition commune aux deux trompes agit plutôt dans les grossesses simultanées.

Causes qui se rattachent au phénomène de la migration de l'ovule.

« On peut admettre qu'une déchirure insuffisante de la vésicule de de Graaf ne permet pas à l'ovule d'être entraîné par le courant séreux physiologique : sa fécondation a lieu sur l'ovaire. La fixation sur cet organe se fait d'ailleurs facilitée, d'après Strassmann (1), par l'état pathologique de l'œuf. Sur 37 cas de grossesses extra-utérines. Strepkowski note 11 fois un processus inflammatoire chronique des ovaires. (Hydropisie folliculaire. ovaire corticale.) Cette fréquence milite en faveur de l'idée émise par Strassmann, que les ovaires malades produisent des œufs malades, augmentés de volume, ayant subi des changements dans leur membrane granuleuse et prédisposés à se fixer de bonne heure. » (Filhoulaud.)

D'autre part, si le courant produit par les cils vibratiles est aboli dans la trompe à la suite d'une inflammation pelvienne ancienne, si d'autre part la trompe est atone, l'ovule fécondé, s'il est fécondé trop près de l'ovaire, peut choir dans la cavité péritonéale ou rester à la surface de l'ovaire.

(1) Filhoulaud.

(1) Berlin Klinische Wochen , 1897, p. 36.

SYMPTOMES

L'utérus réagissant à la présence de l'embryon comme si la grossesse normale devait exister, nous trouverons dans le cas de grossesse ectopique tous les signes maternels qui traduisent dès le début l'évolution d'un œuf fécondé :

- Suppression des règles ;
- Augmentation de volume des seins ;
- Augmentation de volume du ventre ;
- Troubles digestifs et nerveux.

Retard des règles. — Presque constant. Elles varient de quelques jours à quelques semaines.

Douleurs. — L'évolution d'un œuf dans l'utérus ne produit pas de douleurs. Dans la trompe, au contraire, la distension du conduit, la pénétration et l'érosion des différentes couches de la paroi provoquent rapidement des douleurs.

Moins intenses lorsque l'œuf se développe sur l'ovaire, elles deviennent très violentes si l'œuf est greffé dans la région isthmique.

Elles consistent en sensations de pesanteur et de tension du petit bassin, avec un maximum au niveau du rectum ou de la région lombaire.

Sensation de plénitude dans toute la région périnéale.

Ténésme vaginal et rectal, coliques, diarrhée (1) par irritation de l'intestin auquel adhère le kyste fœtal.

Hémorragies. — Presque constantes ; elles surviennent le plus souvent après l'apparition des douleurs. Constituées d'abord par des caillots noirâtres peu abondants, mais fréquents, à la moindre fatigue, elles résultent du décollement partiel du placenta qui prépare l'avortement tubaire.

Elles peuvent se prolonger plusieurs jours, plusieurs semaines, cesser, puis réapparaître.

A cette époque souvent se produit l'expulsion d'une caduque et on croit ordinairement à une fausse couche.

Mais ce fait n'est pas constant. En tous cas, cette expulsion est le signe d'une grossesse, mais n'implique pas forcément la mort du fœtus. Cette caduque peut s'éliminer en bloc ou par fragments.

Lorsque le produit de conception est plus avancé en âge, il peut être perçu à la palpation, soit par le ballottement, soit par les membres fœtaux accessibles. Le kyste fœtal plonge plus ou moins dans l'excavation, déjetant l'utérus en avant, à gauche ou à droite. La consistance de la tumeur varie suivant le lieu et l'insertion du placenta.

L'examen physique doit être fait avec la plus grande prudence dans la crainte d'une rupture.

Rupture. — La plupart du temps, elle est spontanée et fréquente ainsi que précoce, c'est-à-dire dans les trois premiers mois. La récidive est interrompue au bout d'un temps analogue. L'hémorragie intra-tubaire plus ou moins

(1) Dawson. Filhoulaud.

abondante provoquée par la greffe de l'œuf arrête souvent l'évolution gravidique et produit l'avortement tubaire. De l'abondance de cette hémorragie dépend l'avenir de l'œuf.

Si cette hémorragie est assez réduite, elle distendra seulement l'oviducte sans porter un trop grand préjudice à l'œuf. Si elle est abondante, au contraire, elle déterminera un épanchement péritonéal à travers l'ostium abdominal, ou en faisant se rompre la trompe.

Le saignement intra-péritonéal se fera d'une façon brusque ou par poussées circonscrites.

Quoi qu'il en soit, les phénomènes qui l'accompagnent sont d'une soudaineté surprenante. Ils peuvent s'amender et reparaitre quelque temps après. En tout cas, il faut avoir présente à l'esprit l'idée de la rupture qui offre les symptômes graves d'un empoisonnement ou d'une perforation intestinale et peut faire errer le diagnostic.

Enfin, symptôme important : *l'abaissement de la température*, qui apparaît dès la première heure et annonce l'hémorragie avec tout son cortège de symptômes alarmants. Le ventre est *dur, sensible, douloureux, ballonné, tendu*. Il est difficile à explorer, et on peut penser à tout autre chose qu'à une hématoecèle. Le pouls est rapide et petit : 100, 110, 120, comme plusieurs de nos observations l'indiquent. L'intensité de cette *hémorragie* est, la plupart du temps, régie par les conditions anatomiques du kyste fœtal rompu. Ce qu'il est important de retenir, c'est sa gravité, et il ne faut pas, sous prétexte d'un amendement possible, se contenter d'un traitement palliatif impuissant.

Grossesses bilatérales. — Nous ne nous en sommes pas occupés jusqu'à présent, mais il ne faut pas oublier de les

signaler. Dans les deux trompes à la fois peuvent simultanément évoluer deux œufs. Ces deux œufs seront rarement du même âge. Dans ce cas, les symptômes présentés par l'une des deux gestations ne coïncidant pas absolument avec ceux de l'autre, chacune d'elles évoluera pour son propre compte. Les deux conceptions ne seront donc jamais simultanées au sens propre du mot, tant qu'un exemple bien précis ne le démontrera pas. La seconde en date attend d'ordinaire l'avortement de la première. Dans tous les cas connus, l'un des deux fœtus était mort au moment de la fécondation nouvelle (Jayle et Nandrot).

L'exemple désiré tout à l'heure, Filhoulaud et Burford nous le fournissent par l'apport d'observations où les fœtus, très peu différents l'un de l'autre, ont évolué parallèlement. L'examen physique, dans ces cas-là, nous fera sentir deux tumeurs ; mais il importera de bien connaître l'histoire clinique.

Grossesse ectopique répétée dans la même trompe. — La récurrence a lieu généralement dans la trompe opposée ; exceptionnellement, on peut la voir se faire du même côté (observation de Cœ, où elle eut lieu dans cette même trompe ; observation de Morphit ; thèse Martin).

Evolution de la récurrence. — Elle évolue suivant un des types décrits plus haut. Mais suit-elle la même marche que celle qui l'a précédée ? Il semble qu'il en soit ainsi ; cependant, cela n'a rien d'absolu, quoique de nombreuses observations en fassent foi. *Retenons ce fait que jamais la 2^e grossesse n'évolue vers le terme quand la première a été rompue prématurément.*

Les dates approximatives de cette rupture seraient cliniquement de six semaines, deux mois. Cela peut servir

d'indication thérapeutique, et suivant la date de rupture du premier kyste fœtal, le chirurgien devra se tenir prêt. Dans ce cas, comme pour la plupart des symptômes, l'évolution emprunte sa manière d'être au mode anatomique de l'implantation.

PRONOSTIC

Dès 1900, Varnier avait signalé la fréquence de ces récidives. Mais pour en avoir une idée exacte, il faudrait que les malades puissent être constamment suivies depuis leur première grossesse ectopique pour qu'on puisse compter et observer leurs grossesses ultérieures et établir le nombre des intra-utérines par rapport aux récidives. « Sans cela, nous ne pouvons avoir, disait Varnier, qu'une fréquence toute bibliographique. »

1° *Fréquence absolue de la récidive par rapport à une première grossesse ectopique.* — Les avis sont partagés : Bouilly, sur 80 opérées, n'a jamais vu de récidive, mais quelque temps plus tard, il en publie une avec Lecène. Schwarz, sur 40, n'en a jamais eu. Sens en publie 89 dont 65 sont certaines. Haret, 35. Karl Reiffarscheid 2 sur 43 (1). Küstner, 5 sur 107 opérées. Lejars (1895), 3 sur 63. Sur 37 cas de Neugebauer, une récidive un mois après.

En résumé, on aurait affaire à 4 ou 5 récidives pour 100 grossesses extra-utérines. Ces chiffres se rapportent aux cas de récidive après castration unilatérale et ne font pas mention des cas de grossesses simultanées et récidivées dans la même trompe. Dans ce cas, les œufs n'ayant pas

(1) Reiffarscheid. Centralblatt für gynecologie, 1903.

le même âge, le plus jeune forcément est le fait d'une récédive.

2° *Fréquence par rapport aux grossesses normales postérieures à la première atteinte.* — Schul trouvait une grossesse extra-utérine récidivée contre 12 normales (1883). Varnier, opposant les 63 cas de récédive observés dans la thèse de Sens aux 127 grossesses normales ultérieures de Funck Brentano, trouve à peu près 1 extra-utérine pour 2 utérines. Leguen fait alors remarquer que plusieurs de ces femmes ayant eu plusieurs grossesses utérines, le chiffre de 127 de Funck Brentano s'accroît jusqu'à 188 et la proportion devient à peu près de 1 pour 3. Si nous considérons cependant les 17 observations de Sauvé, nous ne voyons guère qu'il soit fait mention de grossesses normales intercalaires. De même sur les 24 observations apportées par Filhoulaud et très récentes pour la plupart, nous ne trouvons que cinq fois des grossesses utérines précédant la récédive, et sur ces 5 cas qui sont des observations anciennes ayant servi aux précédentes statistiques, nous trouvons trois fois un avortement. Si ces deux auteurs, Sauvé et Filhoulaud, n'ont pas omis de signaler ces grossesses heureuses, ce que nous ne croyons pas, étant donnés les intervalles insuffisants entre la première ectopie et la seconde, il semble que nous soyons loin des résultats apportés par de déjà anciennes statistiques, et qu'en fait la proportion de 1 sur 3 soit bien inférieure à la réalité.

Il vaut mieux penser que rien de définitif ne peut être encore établi.

La récédive est-elle plus grave que la première grossesse ? — Il ne semble pas. Nous savons que les deux

évolutions se copient l'une sur l'autre à peu de chose près.

Le pronostic suivant le siège offre plus d'intérêt. Doleris nous dit que les grosses hémorragies soudaines proviennent surtout des ruptures de grossesses siégeant dans les parties moyennes et internes de la trompe. Ce sont des *hémorragies cataclysmiques*.

Les grandes hémorragies indiquant un développement avancé de l'œuf (4 ou 5 mois), proviennent surtout des grossesses de l'ampoule ou du tiers externe.

Les grossesses tubo-imbriaires ou tubo-abdominales sont celles qui produisent les hémorragies les moins subites et les moins considérables et qui arrivent le plus près du terme.

En définitive, nous dirons : la grossesse tubaire, moyenne et interne ne dépasse guère le troisième mois, la variété tubaire externe, ampullaire, imbriaire pouvant atteindre le quatrième et le cinquième mois (1).

(1) Filhoulaud.

TRAITEMENT

Tout le monde est d'accord pour dire que la grossesse ectopique est une chose très grave, sans toutefois être aussi pessimiste que Werth, qui la considérerait comme aussi grave qu'une tumeur maligne. La rupture possible en fait tout le danger et commande l'urgence d'une intervention chirurgicale.

Mais il y a lieu de considérer plusieurs cas.

1° *Si le fœtus est mort*, il faut toujours opérer, et le plus tôt possible, afin de précéder autant que possible toute rupture. A l'heure actuelle, une laparotomie offre moins de dangers qu'une expectation, même armée. On devra faire l'ablation totale du sac, et si les adhérences sont trop fortes, on se posera la question de l'hystérectomie ; on pourra dans des cas particuliers marsupialiser le kyste à la paroi abdominale, on désinfectera et on drainera.

L'intervention est encore raisonnable dans les cas où la mort ancienne du fœtus fait espérer sa transformation en lithopédion, car on n'est pas sûr que la masse ectopiée sera tolérée par la suite et qu'elle ne s'infectera ni ne suppurera.

La voie abdominale est celle généralement adoptée, parce que plus sûre, à moins que le kyste fœtal, très engagé, ne déprime nettement le cul-de-sac postérieur. Dans

ce cas, on a recours à la colpotomie postérieure ; on n'extrait pas le sac, on l'ouvre, on le vide et on le draine.

2° *Quand le fœtus est vivant*, la conduite change. L'opération immédiate supprime les quelques chances de vie qu'avait ce fœtus, mais aussi les dangers que court la mère quoiqu'elle soit encore sous le coup d'hémorragies opératoires et post-opératoires graves, à cause de la vascularisation intense des organes et de la présence d'un placenta en pleine activité circulatoire.

Les hémorragies, pour Pinard, ne sont pas plus graves près du terme qu'à cinq mois, et on sauve peut-être un enfant, en attendant. Toutefois, si on attend, dit Frænkel, il est imprudent, pour intervenir, de dépasser 8 mois $1/2$, à cause des symptômes du faux travail qui surviennent et créent de mauvaises conditions opératoires. En résumé, avant cinq mois, que le fœtus soit mort ou vivant, opérer ; à cinq mois et après, si le fœtus est vivant et bien toléré, attendre le huitième mois pour intervenir.

Quelle voie doit-on choisir pour opérer. — Nous avons vu qu'il valait mieux adopter la voie haute, à cause du plus grand jour ouvert sur la lésion, d'une plus grande facilité pour atteindre la tumeur gravide, la décortiquer, l'extirper et maîtriser l'hémorragie, si elle se produit. On peut faire exception à cette règle pour les grossesses ou hématoçèles, qui sont le siège de processus infectieux ou de putréfaction, et on adoptera la colpotomie postérieure.

Mais une autre question se pose, étant donnée la réciproque possible.

*Faut-il faire la castration bilatérale dans un but
préventif.*

Sans revenir sur les discussions qui sont nées à ce sujet, sans prononcer de réquisitoire contre ceux qui ont adopté cette pratique de faire l'ablation totale des annexes, comme Beck, de Philadelphie, Abel et d'autres, nous ferons connaître qu'au Congrès de chirurgie de Paris (octobre 1908), la voix du maître Pozzi s'est élevée pour répondre à cette question : « Je repousse, dit-il, la castration de parti-pris ; on ne doit enlever que les parties malades, malgré la possibilité d'une récurrence. »

Il y a deux ans, on convenait qu'une annexite marquée, aiguë ou incurable du côté opposé à la trompe gravide justifiait l'ablation. Dans ce cas, nous savons que la stérilité existe souvent, et que si la trompe redevient perméable, elle sert à la récurrence de l'ectopie avant qu'une grossesse normale ne paraisse.

Serait-on coupable de penser un peu plus comme autrefois, et de dire que la castration systématique est d'une prudence poussée à l'excès, qu'elle ne doit constituer qu'une intervention exceptionnelle, réservée aux cas où la trompe est macroscopiquement malade, aux cas où la femme a une histoire génitale capable de laisser supposer que cette trompe est atteinte comme l'autre, aux cas aussi où la femme est avancée en âge et où la privation d'une grossesse normale ne l'atteindra pas trop, surtout si elle a de nombreux enfants.

Pour nous, la question d'intervention préventive sera une affaire de doigté de la part de l'opérateur, une affaire de sens clinique et de conscience.

Puisque dans notre étiologie nous avons fait intervenir des causes nouvelles, troubles de la statique génitale, troubles de l'innervation de la circulation pelviennes, etc., ne serait-il pas permis d'envisager l'hypothèse d'un traitement prophylactique à longue portée de toutes les grossesses ectopiques à venir. Avant même que l'occasion ne soit offerte au médecin de faire un semblable diagnostic, ne serait-il pas dans son pouvoir, lorsqu'il aura reconnu les facteurs cités plus haut, de relever autant que possible l'équilibre utérin rompu ainsi que l'état de santé génitale de la femme ?

La méthode de Stapfer s'offre à nous comme un moyen à la portée de tous, et son application produit une action réflexe des plus puissantes. Sous son influence, la circulation pelvienne se régularise. La fibre musculaire de tous les organes génitaux se tonifie sous une circulation rendue plus active, se régénère et devient plus capable de collaborer à la fonction physiologique des organes génitaux de la femme. Il est important d'ajouter qu'il faudrait s'abstenir de cette gymnastique et de ces manœuvres si on avait fait le diagnostic d'une grossesse ectopique ou d'une collection tubaire en imminence de rupture.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

Service de M. le professeur de Rouville. Observation prise
par M. Rives, interne de service.

Mme C..., Montpellier, entrée le 2 juillet 1908, pour douleurs abdominales.

Le 28 avril 1908, elle a eu ses règles à la date normale ; la perte se continue jusqu'au 20 mai. Jusqu'au 15 juin, pas d'hémorragie, puis pertes irrégulières, comme quantité et durée, revenant à plusieurs reprises pendant la fin du mois, et chaque fois avec beaucoup de douleurs. Hier soir, 1^{er} juillet, crise douloureuse encore plus vive avec hémorragie, ballonnement du ventre et vomissements. Le coït est devenu douloureux depuis un mois.

Etat actuel. — Faciès tiré, douloureux, ventre ballonné, surtout à droite, où est le maximum des douleurs. Celles-ci s'étendent dans toute la région sous-ombilicale. Le palper, douloureux, ne donne aucun enseignement précis ; vomissements, langue sale. Pouls fréquent. Température 37,6. Glace sur le ventre ; selle diarrhéique dans la journée.

Au bout de deux jours, les douleurs étant calmées et la température tombée, on pratique le toucher. La vulve, le vagin, le périnée sont normaux. Le col regarde dans l'axe du vagin. Ses dimensions sont normales ; la consistance est ferme ; il est en latéro-position gauche. Le fond utérin est à deux doigts au-des-

sus du pubis, à gauche de la ligne médiane. Le cul-de-sac gauche est libre. Le droit est occupé par une masse, assez haute, mal limitée, indépendante de l'utérus douloureux. Dans le Douglas, masse dure, fixée au col, mais avec un sillon assez net. Le ventre porte une cicatrice de laparotomie, médiane sous-ombilicale, réunie par deuxième intention. Cette cicatrice, distendue au bas, en petite éventration, présente à sa partie inférieure une coloration ecchymotique récente. Cette exploration est suivie de fortes douleurs, d'une élévation thermique et d'un peu de métrorrhagie ; il en fut de même de toutes les explorations ultérieures.

Antécédents. — Jamais malade. Réglée normalement à partir de 14 ans. Avant 1903, trois grossesses normales, menées à terme en bonnes conditions. Elle ne restait au lit que trois ou quatre jours après ses accouchements. Jamais de fausses-couches. Jamais de pertes blanches.

En 1903, grossesse extra-utérine. Les règles de mai avaient manqué ; en juin, perte légère avec douleurs. Elle entre au service de gynécologie à la Maternité au début de juillet. Ventre enflé et douloureux ; vomissements depuis le début des douleurs ; pas de constipation. Opérée le 10 juillet 1903. On retire un fœtus dont le sexe est reconnaissable. Ablation de la trompe gauche. Suites sans incidents. Retour des règles en septembre. Depuis 1903, excellente santé.

Antécédents héréditaires. — Père, mère et trois sœurs en bonne santé, sans tares héréditaires congénitales ; aucun cas connu de grossesse ectopique dans la famille. Les accouchements de ses sœurs ont tous été normaux.

Opération le 21 juillet 1908. — A ce moment, les renseignements donnés par le toucher sont un peu modifiés ; la tumeur annexielle droite est un peu plus mobile, mieux limitable. Elle donne l'impression d'une poche de liquide sous tension. Le col est un peu mou et un peu ouvert. Le Douglas est occupé par une masse ramollie.

Laparotomie médiane sur la cicatrice antérieure. Pas d'adhérences intestino-pariétales. Dès l'ouverture du péritoine, on voit des traînées de sang noir, liquide, sur les anses intestinales ; uté-

rus gros et congestionné. A droite, une masse volumineuse, ovoïde, saignant facilement, occupe le petit bassin, à côté de l'utérus repoussé à gauche. Elle adhère surtout en arrière aux anses intestinales et aux parois pelviennes. La libération de ces adhérences est pénible, mais ne donne que peu de sang. La masse est pédiculisée et excisée. Le Douglas est plein de caillots noirs, friables, paraissant dater d'au moins plusieurs jours ; on les enlève soigneusement. L'ovaire droit, qui se trouvait en dehors et en arrière de la tumeur est enlevé ; à gauche, il reste sur l'utérus un moignon de trompe. L'ovaire gauche paraît sain, mais il est extirpé par prudence. Il y a quelques adhérences entre l'S iliaque et le détroit supérieur à gauche, que l'on rejette à cause de leur vascularité. Drainage du Douglas par le ventre : gros drain et deux mètres de gaze. Péritonisation exacte des pédicules tubo-ovariens ; suture pariétale à trois étages.

Examen des pièces. — La tumeur, grosse comme un poing d'adulte, représente la trompe, dont on ne reconnaît avec certitude que l'extrémité interne. La surface extérieure, lisse dans la moitié antérieure, présente sur la moitié postérieure des déchirures et des adhérences rompues. Le tissu ainsi mis à nu est spongieux, charnu, imbibé de sang noir.

Il y a une cavité limitée en arrière par la masse spongieuse, qui constitue presque toute la tumeur, et en avant par une membrane lisse, polie et mince. Cette cavité est ouverte par une déchirure de cette membrane, à l'une des extrémités de l'ovoïde. Elle s'étend sur toute la longueur de celui-ci. L'aspect des membranes, flottant autour de la déchirure, est celui d'une poche des eaux rompue. C'est par là que s'est fait l'accouchement intra-péritonéal du contenu de cette poche amniotique.

Le fœtus est retrouvé au milieu des caillots, dont il a la couleur brun rougeâtre. Il est déformé par aplatissement. Longueur 13 centimètres ; sexe masculin. Le cordon est rompu à son extrémité placentaire et nettement macéré, ce qui indique une rupture datant de plusieurs jours. Il est difficile d'apprécier si la sortie du fœtus s'est faite avant l'intervention ou au cours de l'énucléation de la masse tubaire. L'épanchement sanguin ancien du Douglas n'a, vu sa quantité, vraisemblablement pu être fourni par la rupture des membranes.

Suites excellentes. Métrorrhagie abondante dès après l'opération ; pendant 36 heures le drain donne assez de sang. On l'enlève le troisième jour. Sortie le 20 août 1908.

OBSERVATION II

Henri Delezenne, interne des Hôpitaux, Lille. Journal des sciences médicales de Lille, 477. T. II, 1906.

V... Marie, 25 ans, ménagère. Rien à signaler dans les antécédents pathologiques avant 23 ans. Réglée depuis 14 ans. Ses règles ont toujours été normales et régulières.

A 20 ans, elle a eu un enfant. La grossesse n'a rien présenté de particulier ; l'enfant est venu à terme et les suites de l'accouchement ont été excellentes. L'enfant est, d'ailleurs, mort à quatre mois.

Deux ans plus tard, elle se marie régulièrement.

Au mois de janvier 1904 et jusqu'au mois de mars de la même année, interruption des règles. Mais, en mars, apparaissent à plusieurs reprises de violentes douleurs pelviennes et des métrorrhagies très abondantes, qui forcent la malade à entrer à la Maternité de la Charité le 14 mars 1904.

On l'opère le jour même : le bassin contient environ un verre à Bordeaux de sang non coagulé, et du côté gauche, on trouve une trompe distendue par un embryon de quelques mois. Les annexes sont enlevées.

Les suites opératoires sont normales et notre malade sort guérie de l'hôpital.

Dans ce cas, bien que l'on n'ait pas la certitude absolue que donnerait un examen histologique, cette interruption des règles, ces douleurs et ces métrorrhagies, l'épanchement de sang dans le bassin constaté au cours de l'opération, et l'affirmation notée dans l'observation qu'il existe un embryon distinct dans la trompe, tout cet ensemble concordant de signes permet bien de conclure qu'il s'agit d'une grossesse tubaire.

Depuis cette époque, cette femme a repris son travail, ne présentant plus aucun trouble et, en particulier, ses règles ont re-

paru normalement, sans douleurs, toutes les trois semaines, toujours très régulièrement.

Il y a quatre mois, elle ressent quelques douleurs abdominales ; elle entre à l'aile gauche de l'Hôpital, d'où elle sort après quinze jours de repos.

Des douleurs se reproduisent toutes les trois semaines ; elles sont paroxystiques et intermittentes, et elles siègent sur les côtés du pelvis, surtout à droite.

On ne trouve aucun signe de grossesse ; pas d'interruption nette des règles ; pas de modifications du côté des seins.

Il n'y a pas d'écoulement leucorrhéique, mais des métrorrhagies, d'ailleurs peu abondantes, qui se répètent depuis trois semaines.

Elle entre à l'Hôpital le 1^{er} janvier 1906, professeur Duret.

Sur l'abdomen s'étale une large cicatrice avec éventration.

Au toucher, le col est en arrière. L'utérus est immobilisé en latéro-version gauche, et dans le cul-de-sac postérieur du vagin on sent, du côté droit, une tuméfaction allongée, douloureuse, constituée par la trompe dilatée. Pas de fièvre.

Opérée le 9 janvier par M. Duret, après laparotomie, on constate que les annexes gauches ont été enlevées dans une première intervention. Il ne reste qu'un court moignon, légèrement saillant. Un peu de sang s'est épanché dans le bassin ; on en voit sourdre par l'orifice de la trompe droite. Celle-ci est distendue, du volume d'un gros œuf ; elle est libre de toute adhérence ; aussi on l'enlève facilement, ainsi que l'ovaire du même côté. Le pédicule est pincé et lié, on place un drain abdominal et on referme l'abdomen.

Suites opératoires excellentes : pas de fièvre ; trois semaines après l'opération, la plaie est cicatrisée, la malade sort. Examen de la pièce fait par M. Danel.

Les annexes droites ont le volume d'un poing d'enfant.

L'ovaire est petit et ratatiné, légèrement sclérokystique ; il présente à sa surface des saillies et des dépressions assez accusées ; autour de lui se développe la trompe qui l'entoure de dedans en dehors, puis d'avant en arrière. Les parois ne présentent aucune solution de continuité. La section nous conduit dans une poche constituée par la portion de la trompe située en dehors de l'ovaire, tandis que la portion juxta-utérine de la trompe

ne paraît pas modifiée. La surface interne de cette poche est inégale par places, et elle contient un volumineux caillot en sablier, séparable de la paroi salpingienne, sur la plus grande partie de sa surface, mais qui, au niveau de la partie interne de cette paroi, présente avec elle des adhérences étendues et solides.

La section du caillot ne révèle pas de germe, ni de membranes dans la plus grande partie de son étendue, mais le centre paraît creusé d'une cavité à parois lisses, tapissée d'une membrane mince, transparente, détachable du caillot. On y trouve, en outre, une zone d'apparence villose bien limitée par rapport au coagulum sanguin environnant, et formée par des villosités chorionales. Il n'y a pas d'embryon reconnaissable. De l'ensemble de ces caractères on peut conclure qu'il s'agit d'une grossesse tubaire, avec hématosalpinx.

OBSERVATIONS III ET IV

Observation de Soutchinsky (2 cas). (*Gynecologia Helvetica*, 1906, p. 216)

Ces deux cas ont été observés à la clinique gynécologique du professeur Jentzer, à Genève.

1^o Femme de 20 ans, ayant eu un enfant il y a 14 mois et l'allaitant encore ; les règles sont cependant revenues après sept mois, et durent trois jours chaque fois ; le 18 mars, elles ne durent qu'un seul jour ; le 12 avril, il ne se produit qu'un écoulement de quelques gouttes de sang ; le 3 mai il se déclare de nouvelles douleurs dans l'abdomen, qui se répètent le 7 et le 8 mai ; le 11 mai, la malade perd connaissance quatre ou cinq fois ; elle entre à la clinique avec le diagnostic de grossesse extra-utérine droite ; on l'opère, et elle sort guérie le 15 juin.

Elle rentre le 23 août 1904 ; elle a été bien portante jusqu'en octobre 1903, a été réglée pour la dernière fois du 2 au 7 juillet ; en août, elle ressentit des douleurs abdominales qui la firent rentrer à la clinique.

Le 16 septembre, la température montait à 38°8 ; douleurs

violentes, à gauche surtout ; pouls de 110 à 120 ; une ponction exploratrice dans le cul-de-sac vaginal gauche amène du sang. Diagnostic : rupture ou avortement tubaire. Laparotomie avec excision de la cicatrice précédente ; extirpation des annexes gauches. La malade sort guérie le 6 octobre.

La trompe mesurait six centimètres de long ; la partie utérine était de volume normal ; à un demi-centimètre de la corne utérine, elle se développait rapidement, mesurant alors un diamètre de trois centimètres qu'elle conservait jusqu'à un demi-centimètre de son extrémité abdominale. Elle présentait à sa partie supérieure une déchirure de trois centimètres.

2° Femme de 34 ans, ayant eu deux enfants ; pas de fausse couche ; du 16 février au 8 mars 1900, elle eut quatre fois des hémorragies, mais sans douleurs ; le 21 mars, violentes douleurs dans le bas-ventre, à droite ; nouvelle crise douloureuse le 24 mars. Le 1^{er} avril, les accidents reprennent, plus grands, avec vomissements, frissons, etc. Le 17 avril, à la clinique gynécologique, on la laisse au repos avec des compresses de Priessnitz. Le 10 mai, amélioration notable. Le 21 mai on fait un examen sous chloroforme. L'utérus, agrandi, présente à droite une tumeur dure et mobile, plus grosse que le poing. Le 2 juillet, on fait une laparotomie. La malade sort guérie le 14 juillet.

Examen des pièces. — La trompe droite enlevée était dure et hypertrophiée ; elle contenait un fœtus de quatre centimètres de longueur, dont la tête était entourée d'un caillot.

Le 18 septembre de la même année, les règles cessent ; le 18 octobre la femme a des douleurs dans le bas-ventre comme si la menstruation allait s'établir. Mais il ne s'écoule que quelques gouttes de sang ; le 1^{er} novembre, crise douloureuse, vomissements, frissons, etc. ; la femme a un nouvel accès le 3 novembre ; la malade entre à l'hôpital, en sort sur sa demande le 7 décembre. Le 11, elle y rentre. On trouve l'utérus repoussé en avant, une collection liquide bombe dans le cul-de-sac postérieur et droit. On fait une laparotomie le 11 février 1901.

La trompe, très hypertrophiée, est rompue à sa partie postérieure ; le fœtus est sorti de la cavité tubaire, à l'exception de la tête, qui était retenue au niveau de la déchirure et faisait tampon.

OBSERVATION V

Observation prise par Edward N. Liell, M. D. Jacksonville, ex-professeur de gynécologie à la polyclinique de New-York, médecin à l'hôpital Sainte-Elisabeth, New-York. *American journal of obstetric*, 1905, vol. LI.

Femme âgée de 38 ans ; a eu deux enfants à terme. La stérilité a suivi la naissance du deuxième enfant de six ans. A cause de l'existence d'une complète rétroversion de l'utérus accompagnée d'un léger prolapsus, on fit, dans un des hôpitaux de New-York, il y a six ans, une ventrofixation.

Le 10 février 1902, elle vint une première fois réclamer mon aide parce qu'elle avait manqué deux périodes, alors que, jusque-là, elle avait été bien réglée.

L'examen nous montre seulement une légère augmentation du volume de l'utérus ; la trompe gauche, cependant, nous parut élargie et de la grosseur d'une mandarine. Le diagnostic d'une grossesse tubaire probable fut fait et une opération conseillée. La femme refusa. Une semaine plus tard, je fus appelé en toute hâte ; je la trouvai très souffrante, sortant d'une syncope. Un nouvel examen confirma le diagnostic de grossesse tubaire fait une semaine auparavant, avec complication de rupture et d'hémorragie. La malade refusa encore l'opération. Cependant, un mois après, ayant soigneusement délimité une tumeur adhérente de la grosseur d'un raisin sur la partie postérieure gauche de l'utérus, elle consentit à une intervention.

Ayant ouvert l'abdomen, je trouvai une trompe élargie, un ovaire légèrement kystique et une masse de sang coagulé, de la sérosité remplissant complètement l'espace pelvien par derrière et à gauche de l'utérus. Les adhérences furent promptement rompues et la masse de sang caillé et de lymphe, enlevée, j'aperçus la trompe, distendue, dans la partie avoisinant le pavillon. La guérison fut complète et sans accidents.

Le 10 octobre de l'année dernière, elle revint me consulter, se plaignant d'un faible écoulement sanguin, survenu depuis le 8 septembre. Elle avait été normalement menstruée du 7 juillet

au 12, et un léger écoulement avait apparu déjà un mois auparavant, pendant toute la journée du 7 août. Il n'y avait aucun symptôme d'une grossesse quelconque.

L'examen me révéla l'élargissement de la trompe droite, de la grosseur d'une orange. Le diagnostic d'une grossesse tubaire non rompue fut fait et, vu le premier cas, je l'avertis qu'une intervention immédiate éviterait la rupture et des complications. Elle consentit sur-le-champ.

Après section abdominale, la trompe élargie fut trouvée étroitement unie à l'intestin ; après l'avoir séparée, elle fut enlevée sans rupture (*fig. 2* du journal américain). Une incision fut faite dans la portion dilatée, après ablation, afin de nous rendre compte de son contenu. On y voyait très bien la portion fœtale (l'auteur en donne la photographie ; voir le journal américain).

Dans le premier et le second cas, la grossesse était d'environ dix semaines. L'intervalle entre les deux était de deux ans huit mois.

L'auteur ajoute : « De ce fait qu'antérieurement à la ventrofixation, la patiente avait eu deux enfants à terme, je n'ai aucun doute que les deux grossesses tubaires qui suivirent furent dues à la faute du procédé chirurgical et à la position artificielle mauvaise de l'utérus. »

OBSERVATION VI

Kuppenheim, Arch. für gynecologie, p. 211.

Mme Kl..., âgée de 25 ans ; pas d'antécédents héréditaires ou personnels pathologiques. Anémie, ayant duré très longtemps. Va bien à l'heure actuelle. Réglée depuis l'âge de 15 ans, toutes les quatre semaines. Ces règles durent de cinq à sept jours, mais faiblement et avec douleurs. Elle a eu un accouchement il y a quatre ans, avec déchirure du périnée, immédiatement restaurée. Depuis quinze jours, après des menstrues ayant duré huit jours et ayant eu l'allure d'une hémorragie assez forte pendant quatre jours, tantôt rosée simplement, tantôt rouge foncé, elle est prise de dou-

leurs et de vomissements. Etendue et profondément prostrée, la femme présente un collapsus assez grave. Hypothermie et pouls à 104. Le ventre est fortement ballonné. La région hypogastrique est sensible à la pression et a une teinte sombre. L'utérus est antifléchi, reporté à droite ; à gauche de lui, une tumeur grosse comme une pomme est perçue. Elle est ronde et douloureuse. En raison de l'état d'extrême faiblesse, on ajourne l'examen et l'intervention. On fait le diagnostic de grossesse tubaire gauche. L'opération est faite le 27 mars 1897. Incision médiane. Tumeur à gauche, adhérente à l'épiploon et à l'intestin. On la libère, on l'enlève, on ligature. L'ovaire est très hypertrophié. La trompe contenait un œuf. Les suites opératoires sont afébriles. La malade sort le 5 mai 1897 de l'hôpital.

De retour le 26 août 1898, après avoir été bien portante depuis la dernière sortie. Elle est depuis cinq jours atteinte de phénomènes péritonéaux. Les règles sont en retard d'un nombre de jours indéterminé. La malade, mourante déjà, est menacée de rupture tubaire, ce qui a lieu, d'ailleurs, presque aussitôt.

On porte le diagnostic de rupture de grossesse tubaire. On l'opère d'urgence et on fait la colpotomie postérieure. On trouve un fœtus de trois mois. L'opération est suspendue à cause de l'état syncopal. On tamponne : caféine, éther, tonicardiaques ; mort, deux heures après.

Autopsie. — Intestin pâle, ventre météorisé, ballonné ; quantité de sang et de caillots frais. La trompe droite est fortement déchirée et adhérente partout. On retrouve le corps du fœtus, qu'on n'avait pu avoir qu'en partie par la colpotomie.

OBSERVATION VII

Kuppenheim, 1907, Archiv. für gynecologie, p. 211 (traduite par nous)

Mme Gr..., 30 ans, est entrée le 20 novembre 1899. Pas d'antécédents héréditaires ; personnels : fièvre typhoïde et fluxion de poitrine ; réglée à l'âge de 13 ans, tous les mois. Ces règles durent trois ou quatre jours chaque fois, sans douleurs. Mariée à 27 ans.

Sa dernière règle date de onze semaines, au moment de son entrée à l'hôpital. Depuis environ quatorze jours, elle souffre beaucoup de douleurs abdominales.

Très maigre, atteinte de misère physiologique et sociale, elle est atteinte, en outre, d'ictère. Son pouls est de 96. Température normale.

A l'examen, on trouve un utérus antifléchi ; à gauche, une petite tumeur douloureuse et un peu en arrière.

On pose le diagnostic de grossesse tubaire et d'ictère catarrhal. On attend pour opérer jusqu'au 7 décembre, pour voir la fin de l'ictère.

Incision médiane. On arrive sur l'épiploon et l'intestin, que l'on trouve adhérents à la trompe et à la tumeur. On défait les adhérences. Ligatures et ablation des annexes gauches. On referme. Examen de la pièce : œuf de trois mois avec fœtus macéré ; on trouve un corps jaune dans l'ovaire. Suites opératoires excellentes. Sortie le 3 janvier 1900.

De retour le 28 octobre 1902. Depuis sa sortie de l'hôpital, elle s'est bien portée. Or, depuis deux mois, elle n'a pas vu ses règles. Il y a trois jours, flot de sang ; douleurs hypogastriques violentes ; pas de température ; pouls à 110. Bas-ventre douloureux au palper, même léger. Après un examen sommaire, on trouve un utérus antifléchi, renversé et une tumeur de la grosseur d'une pomme.

Diagnostic : grossesse tubaire droite. On l'opère le 30 octobre 1902. On fait une incision médiane, toutefois un peu à droite de l'ancienne cicatrice. On trouve un peu de sang et des caillots. La tumeur est rouge foncé. Hématocèle péritubaire adhérente. On enlève cette trompe et l'ovaire. L'une contenait un fœtus dégénéré, l'autre, un corps jaune.

Sortie, après guérison, le 26 décembre 1902.

CONCLUSIONS

I. La récurrence de grossesse ectopique chez une même femme est assez fréquente.

II. Elle se fait plus fréquemment dans la trompe du côté opposé à la première grossesse extra-utérine, ou dans les deux trompes simultanément, ou deux fois dans la même trompe.

III. Sa cause la plus fréquente est l'altération inflammatoire des trompes, lésion dont la bilatéralité explique la bilatéralité de la grossesse.

IV. Cette altération doit être peu intense et ne doit pas comporter de perte de substances de la part de la muqueuse, sous peine d'obstacle à la greffe ovulaire ou à la fécondation.

V. Il y a lieu de reconnaître aussi comme cause l'influence du système nerveux sur le grand sympathique, amenant dans la trompe des spasmes, des contractions de l'ostium uterinum, des paralysies partielles de la musculature tubaire, capables d'amener le stationnement de l'œuf et sa greffe.

VI. L'évolution clinique de la récurrence copie à peu de chose près sa manière d'être sur l'évolution clinique de la première.

VII. La récurrence n'est point fatale : il peut y avoir grossesse utérine normale intercalée entre les deux ectopies ou un retour définitif à l'évolution utérine normale.

VIII. Le diagnostic rétrospectif peut être fait par la présence du fœtus, de cellules déciduales, de villosités chorionales dans la tumeur enlevée.

IX. L'intervention doit être faite aux premiers signes nets, elle empruntera la voie haute, la colpotomie postérieure, d'après Pozzi, n'étant qu'un procédé de fortune.

X. Avant le cinquième mois de la grossesse tubaire, que le fœtus soit vivant ou mort, il faut opérer vite dans la crainte d'une rupture pouvant entraîner une hémorragie très grave et la mort.

Au cinquième mois et après, si le fœtus est vivant et bien toléré, attendre jusqu'au huitième mois pour intervenir.

XI. La crainte de la récidive ne doit pas amener à faire la castration bilatérale, à moins qu'on ne soit en présence d'une trompe macroscopiquement malade. Et encore, faut-il hésiter, beaucoup de lésions (adhérences ou salpingite) pouvant s'amender.

XII. Après une première atteinte, tout retard de règles doit être surveillé avec attention.

XIII. Nous exprimons le modeste désir qu'une thérapeutique prophylactique, massage gynécologique et kinésithérapie, appliqués bien avant qu'on ait à déplorer une ectopie semblable, relèvent la circulation et l'état de la fibre musculaire des organes génitaux de la femme.

XIV. On doit remédier aux troubles de la statique pelvienne toutes les fois qu'il y aura lieu, par les procédés usuels de relèvement de l'utérus.

BIBLIOGRAPHIE

- ABEL KARL. — Archiv. für Klin. Gynäk. 1893. T. 44.
- ABULCASIS. — Grossesses ectopiques. (Trad. L. Leclerc) Paris Baillière, 1861, p. 182.
- ALBERTIN. — Bull. Soc. Chir. Lyon 1903. 328 335.
- ALGLAVE ET FILHOULAUD. — Bull. Soc. Anat. Paris, Mai 1907-1908.
- ALLEN. — Boston medical Surgical Journal, 1906, p. 654.
- AMMAN. — Ueber wiederholte Tubarschwangerschaft. bei der selben Frau. Thèse de Bâle, 1900.
- ANDREWS. — On the anat. of the pregnant tube. Transactions of the obs. Society, London 1903. Vol XLV, p. 197.
- ASBRY. — Internat. Clin. Philadelphia, 1906. 194-213.
- BANDLER (S. W.). — Am. Journ. Obst. N. Y. 1902, 213, 217, 371-382, 609, 812.
- BARKER M. B. — Case of double extra-uterine pregnancy. Surg. Gynec. et Obst. Chicago 1907. 132 136.
- BAROZZI. — Gynécologique. Paris 1906. 489-502.
- BATCHELOR (F.-C.). — J. Obst. Brit. Empire Lond. 1906, p. 618 620.
- BAZALGETTE (H.). — Des grossesses tubaires méconnues. Thèse de Paris 1904-1905.
- DE BENLE P. — Deux cas de grossesse extra-utérine, rompue vers la fin du deuxième mois. Opération, guérison. Bull. Soc. de Méd. de Gand, 1908, 216-222.
- BLESCH (A.-L.) et REED (H.). — Journ. Amer. med. Assoc. vol 50, n° 26-27, Jui. 1908, p. 2137. (Analyse : Gazette Hôpit. 27 août 1908, p. 1160.)
- BOLDT (H.-J.). — Double extra-uterine pregnancy. Am. J. Obst. New York 1906, p. 261.
- BOVÉE (J.-W.). — Am. J. Obst. N. Y. 1903, p. 58-64.

- BOULLY et LECÈNE. — Grossesse tubaire avec avortement tubaire. Semaine Gynécologique, 1901, p. 217.
- BROCHA. — Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège, 1905, p. 175, p. 73-78.
- BROWN. — Deuxième grossesse ectopique. St-Louis Medical and Surg. Journ. 1850, p. 205.
- BUE V. — Observations de grossesse extra utérine suivies de quelques considérations sur le diagnostic. Nord Médical, Paris
- BURFORD. — Grossesse ectopique simultanée dans les deux trompes. Médical Press and Circular, 1905, Tome 79. 1903, p. 87-96.
- BURNIER. — Sur les kystes tubo-ovariques. Zeitschrift fur. Geb. und Gynec. p. 357.
- Gazette des Hôpitaux, 22 août 1908, p. 1131 et suite 1167.
- CASTIAUX. — Bull. Med. du Nord. Lille 1883, 342-345.
- CAZEAUX (P.). — Des modifications de la muqueuse au cours de l'évolution des grossesses ectopiques. Annales de Gynec. Obst. Paris 1904, 85-103.
- Grossesse ectopique, modification anatomique de l'utérus. Thèse de Paris, 1903-1904.
- CHANDLER. — Grossesse extra-utérine double. New-York Medical Journal, 1903, p. 320.
- CHAVANNAZ (M. G.). — Statistique de grossesses extra-utérines. Gazette de gynécologie, février 1908, p. 59.
- COHN. — Société de gynécologie de Breslau. Février 1903.
- CORNIL. — Sur l'anatomie et l'histologie de la grossesse tubaire. Revue gynécologique. Paris 1900, p. 3.
- COUVELAIRE. — Etudes anatomiques sur les grossesses tubaires. Thèse de Paris 1901.
- COYTEUX-PREVOST. — Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine basée sur des observations personnelles. Revue Médicale, Montréal, 1902, 175-189. Union Med. Canada Montréal 1902, 547-556.
- DAWSON (E.R.) — Case of repeated tubal pregnancy. Diagnosed on each occasion before the end of the first month; repeated abdominal section; recovery. J. Obst. and Gynaec Brit. Emp. Lond. 1903, 301-305.

- DELEZENNE. — Récidive de grossesse tubaire ; hématosalpinx. *Journal des Sc. Méd. de Lille*, 1906, p. 477-480.
- DEMONS et FIEUX. — Grossesse tubaire dans un conduit accessoire. *Ann. de Gynéc. et d'Obst.* p. 241, 1902.
- DE ROUVILLE. — Consultations de gynécologie.
- DOLÉRIS. — Sur le traitement de la grossesse ectopique. *Soc. d'obst. gynéc. ped.*, avril 1900.
- DORAN (A.). — A case of repeated tubal pregnancy. *J. Obst. et Gynec. Brit. Emp. London*, 1905, p. 399-403.
- Grossesse extra-utérine récidivante. *J. of obst. gyn. of the British. Emp.* 1903, p. 30.
- DUFF. — Grossesse tubaire droite (récidivée). *Cincinnati. Lancet. Clinic.*, 1894.
- DUPOUY (L. J. P.). — Contribution à l'étude de la grossesse gémellaire intra ou extra-utérine. Thèse de Paris, 1903-1904.
- EUSTACHE (G.). — Diagnostic précoce de la grossesse ectopique. *J. des Sc. Méd. Lille*, 1903, 97-108.
- FABRI. — Les injections intra-utérines comme cause possible de grossesse tubaire. *Soc. Italiana di Ostetrica e ginec. Roma*, p. 257.
- FILHOULAUD (E.) — De la grossesse extra-utérine récidivée. Thèse de Paris, 1906-1907.
- FOURNIER. — Grossesse extra-utérine opérée à chaud. *Gaz. méd. Picardie-Amiens*, 1903 p. 140.
- FRÉDÉRIQ. — Suites opératoires peu connues de grossesse ectopique. *Bull. Soc. Belge de Gynec.*
- FUNCK-BRENTANO. — Des grossesses intra-utérines survenant après la grossesse extra-utérine. Thèse de Paris, n° 97-98.
- GALLAY. — Grossesse extra-utérine qui a eu lieu deux fois de suite, chez la même femme, à quelques années d'intervalle, qui les deux fois s'est terminée heureusement et de la même manière. *J. des Connaissances Méd. Chir. Paris*, 1836-7, p. 243 ; *Lancet, London*, 1836, p. 473.
- GARKISCH (A.). — Ueber Sekundäre Abdominal graviditat. *Frag. Med. Wchschr.* 1908, 149.
- GHYOOT. — De la grossesse extra-utérine et des états pathologiques connexes. *Rev. Med. de Louvain*, 1905, p. 177-185.
- GILIS. — Traité d'Embryologie.

- GIFFORD-NASH. — Grossesse tubaire répétée deux fois chez la même femme. *Obstétr. Society of London*, 1905.
- GOBILLOT. — Symptomatologie de la grossesse tubaire. Thèse de Paris, 1894.
- GOODALL (A.). — Notes of a case of repeated extra-uterine gestation on the same side. *British Medical Jour. London*. 1906, p. 1272.
- GRANDIN. — Grossesse tubaire récidivée. *American Journ. of Obstetric. T. XXX*, 1894, p. 864.
- HARET E.-M. — Etude critique sur 35 nouveaux cas de grossesse ectopique récidivante. Thèse de Paris, 1900-1901.
- HARRIS J. — Grossesse ectopique récidivante. *American Journal Obstetrical New-York*, 1904, Tome 50, p. 116.
- HENNECART A.-L. — De la nécessité de l'intervention chirurgicale et des dangers de la non-intervention dans la grossesse extra-utérine. Thèse de Paris, 1896-97.
- HEINRICIUS G. — Recherches expérimentales sur la migration externe de l'œuf. *N. Arch. d'Obst. et de Gyn.* Paris, 1889, p. 7-11.
- HENROTAY J. — Récidive de grossesse ectopique. *Bull. de la Soc. Belge de Gyn. et d'Obst.*, Bruxelles, 1906-7, p. 51.
- HENROTIN et HERZOG. — Anomalies du canal de Müller comme cause de grossesse ectopique. *Rev. de Gyn. Chir. Abd.*, 1898, p. 633.
- HENRY E.-C. — The pathology of extra-uterine pregnancy. *West. Med. Rev. Lincoln. Neb.*, 1903, p. 356-360.
- HIRST B.-C. — Seventy-four cases of extra-uterine pregnancy. *American Journal Obstetr. New-York*, 1903, p. 535.
- HOFF J. — Beitrag zur Histologie der Schwangerschaft im Rudimentären Nebenhorn. *Arch. für Gynäk.*, Berlin, 1906, p. 352-372.
- JACOBS. — Notes cliniques sur 82 cas de grossesse tubaire. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*. Paris 1903, octobre, p. 268.
- JACOBS (Fils). — Quelques cas de grossesses extra-utérines; d'après les cliniques de M. le professeur Breisky. *J. de Med. Chir. et Pharmac.* Bruxelles 1888, p. 481-500.
- JAMES OLIVER. — Thirty-five consecutive cases of extra-uterine pregnancy dealt with by abdominal section without a death. *The Lancet*, London, 22 août 1908, p. 527.

- JAYLE et DELHERM — La grossesse extra-utérine tubaire et intra-ligamentaire après le 5^{me} mois. *Revue de Gynéc. chir. abd.* 1900, p. 29.
- JAYLE et NANDROT. — La grossesse tubaire bilatérale. *Rev. Gynéc. et Chir. abd.* Paris 1904, p. 195.
- JEANNERET (M.). — *Gent.* 1905, W. Kundig et Sohn.
- KERMAÜNER (F.). — Berlin 1904, S. Karger.
- KOCCHMANN. — Grossesse tubaire récidivée avec une première grossesse normale entre la première et la deuxième grossesse extra-utérine. *Centralblatt of Gynaekologie*, Berlin 1897, p. 1221.
- KRISTINUS. — Grossesse extra-utérine récidivée. *Revue génér. chir. abdom.* 1903, p. 176.
- KUPPENHEIM. — *Archiv. Für Gynæk* Berlin 1907, 211-220.
- KÜSTNER (F.). — *Sammburg Klin. Vortrage*, 1899, p. 244.
- KYNOCH (J.-A.). — Repeated extra-utérine pregnancy, with notes of two cases. *J. Obst. et Gyn. Brit. Emp. London*, 1906, p. 576-582.
- KYNOCH (J.-C.-A.). — Repeated ectopic pregnancy in the same patient. *Scottish. M. A. S. J. Edinb.* 1902, 120 123.
- LADINSKI L.-J — Extra-utérine pregnancy ; a clinical and operative study of over one hundred cases. *Am. J. Obs. N. Y.* 1908, p. 55 94 *Analyse Semaine Médicale*, 20 mai 1908, p. 248.
- LAWRENCE. — Cas de grossesse ectopique bilatérale en 14 mois, chez la même patiente. *Journal medical American Association* 1906, p. 536.
- LAWSON TAIT. — Grossesse utérine intercalée entre deux grossesses extra-utérines. *Brit. medical Journal*, London 1888, p. 1001.
- Leçons sur la grossesse ectopique et l'hématocèle pelvienne. Paris, 1888.
- LEGUEU. — Diagnostic entre la grossesse extra-utérine rompue et l'appendicite. *Bull. Soc. Chir. Paris* 1900, p. 923.
- LEJARS (F.). — Les grossesses tubaires récidivantes. *Association Française de Chirurgie. Procès verbal*, etc. Paris. 1904, p. 727-730.
- LEQUEUX. — De la grossesse angulaire et de ses rapports avec la grossesse ectopique. Thèse Paris 1906.
- LESCUYER P. M. — De la momification du placenta dans les grossesses extra-utérines. Thèse de Nancy, 1897-98, n. 6.

- LEWIS. — Grossesse ectopique répétée. Transact. Obst. Soc. London 1904, p. 418.
- LEWERS (A.-H.-N.). — Tr. Obst. Soc. London 1903 (1904), p. 418-424.
- LIELL (E.-N.). — Repeated tubal pregnancy. Am. J. Obst. New-York 1903, 762-763.
- LOMNITZ M. — Ein Fall von ausgetragener Extranterinschwangerschaft. Bresl., 1903. T. Schatzky.
- LOWRICH. — Gynækologia Budapest 1904, 393-497.
- LYLE (R.-P.-R.) — Two cases of intra-ligamentary pregnancy which went to full term. J. Obst. Gyn. Brit. Emp. London 1906, 396-398.
- MANDEL et SCHMIDT. — Etiologie et Anatomie pathologique de la grossesse tubaire. Archiv. für Gynak. (Bandl. LVI).
- MARC. — Dictionnaire des Sc. Médicales (grossesse extra utérine). Paris 1817, 398-413.
- MARTIN P.-J. — De la récédive dans la grossesse extra-utérine. Thèse de Paris, 1900-1901.
- MALCLAIRE. — Les grossesses tubaires. Médecine Moderne. Paris 1904, p. 241.
- MAIR R. — Contribution à l'étude de la symptomatologie de la grossesse extra-utérine, spécialement dans la première période. Thèse de Paris, 1903-1904.
- MAYERIER. — Terminaisons et traitement de la grossesse extra-utérine. Thèse d'agrégation Paris, 1886, p. 15.
- MICHIN P. — Wiederholte Extrauterinschwangerschaft in ein und derselben Tube : Zwillinge, Monatschr. v. Geburtsh. u. Gynäk. Berl. 1903, p. 435-437.
- MICHOLOTSKY A. — Etiologie de la grossesse tubaire. Zeitschrift für Geburtsh. und Gynak. 1903. Band 49.
- MORRIS JOHN. — A case of repeated extra-utérine pregnancy. Med. News. Juin 1900.
- MURET. — Avortement tubaire et rupture de la trompe gravide. Rev. de Gynec. chir. abdom. 1898, p. 195.
- MURPHY. — Cas de grossesse ectopique récidivante Brooklyn Medical Journal, 1903, p. 84.
- NEBELOW (N. R.). — Contribution au traitement non opératoire de la grossesse extra-utérine. Chirurgia Moskova 1902. 713-719.

- NEUFLIESS (Max). — Beitrag zur Aetiologie und zum Klinischen Ausgang der Extrauterin graviditat. Inaug. Dissert. Leipzig. 1902, Mai, n° 52.
- NOBLE. — Double grossesse ectopique : des deux côtés rupture, intervention, guérison. American Journal of obstet., 1901, 1^{er} semestre, p. 497.
- ORILLARD. — De l'intervention chirurgicale dans la grossesse extra-utérine quand l'enfant est viable. Thèse Paris 1894.
- ORLOFF (A.-L.). — Repeated tubal pregnancy. Russk. Vrach St-Petersb. 1904, 1435-1438.
- PACALIN (J. G.). — Contribution à l'étude clinique de la grossesse à la fois utérine et extra-utérine. Thèse de Lyon 1903
- PAQUY. — Des grossesses développées dans les trompes saines (des grossesses extra-utérines). Thèse de Paris, 1897.
- PÉCHER (J.). — Contribution à l'étude des grossesses extra-utérines doubles. Thèse de Paris 1906-1907.
- PESTALOZZA. — Sulla gravidanza extra-uterina repetuta. Archivio Italiana di ginecologia. Octobre 1900, p. 474.
- PHILIPPOWICZ. — Grossesse extra-utérine récidivée. Wiener Klinische Woch. 1902, p. 339.
- PHILLIPS (J.). — A case of repeated extra-uterine pregnancy with an estimate of the age of the fœtus in the more recent pregnancy from the appearances shown in an X ray' photograph. J. Obst. and Gyn. Brit. Emp. London 1907, 39-42.
- PICHEVIN. — Traitement des grossesses extra-utérines. Semaine Gynécologique. Paris 1906, p. 177.
- Du traitement de la grossesse extra-utérine à terme. Semaine Gynécologique. 14 avril 1908, p. 113.
- Grossesse extra-utérine récente. Semaine Gynécologique. Paris 1902, p. 289.
- PILLIET (E.). — Etude histologique des modifications de l'utérus dans la grossesse tubaire. Annales Gynécologie, n° 95, p. 241.
- PINARD. — Grossesse extra-utérine diagnostiquée au 6^e mois, opérée à une époque rapprochée du terme. Extraction d'un enfant vivant ; suites heureuses pour la mère et pour l'enfant. Bull. Acad. Médec. Paris 1895, p. 189.

- PINARD (A.). — Grossesse extra-utérine. Dictionnaire encyclopédique des Sc. Méd. Paris 1886. 194-245.
- Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine. Ann. Gynec. Paris 1889. 241-262.
- Le col utérin dans la grossesse ectopique. Compt. rend. Soc. d'Obst. de Gynec. et de pédiatrie de Paris, 1903, p. 108.
- PLOYÉ. — De la coexistence des grossesses intra et extra-utérines. Thèse de Bordeaux 1907-1908.
- POLAK. — Double grossesse ectopique: Rupture intra-péritonéale. Brooklyn Medical Journal 1904, tome 18, p. 148.
- POZZI (S.). — Traité de Gynécologie clinique et opératoire. Paris 1907, p. 1098.
- PSALTOFF. — Observations de grossesses extra-utérines bilatérales. Congrès international de Médecine. Madrid 1903.
- PUECH. — Grossesse extra-utérine récidivée. Gaz. Obstetr. Paris 1879. N° 21.
- QUEIREL. — De la grossesse extra-utérine. Rev. prat. d'Obst. et de Pédiatrie, juin 1908, p. 177-204.
- RALLI. — De la grossesse extra-utérine. Thèse de Paris, 1899.
- REICH A. — Intra und extrauterine Schwangerschaft, Fibrom der hinteren Uterus. N. Yorker Med. Monatschr., 1908, p. 383.
- REIFFARSCHEID R. — Deux cas de grossesse tubaire récidivante. Centralblatt für Gynaekologie, Berlin 1903.
- RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Précis d'Obstétrique.
- RICHE. — Des transformations de la muqueuse utérine au cours des grossesses ectopiques tubaires. Echo Médical du Nord, Lille 1905, p. 421-428.
- ROCQUET (MARTIAL). — De la grossesse extra-utérine répétée chez la même femme. Diagnostic et traitement. Thèse de Paris, 1891-92. Tome 21.
- SABADINI. — Grossesse extra-utérine. Ann. de Gynécol. et d'obstet. Paris 1907. 420-428.
- SAUVÉ L. — Contribution à l'étude des grossesses tubaires bilatérales successives et simultanées. Thèse de Paris, 1905-1906.
- SANDBERG A.-C. et BURFORD. — Simultaneous conception and gestation in each Fallopian tube; intrapéritoneal hemorrhage; operation, recovery. J. Surgical. Gynec. and obst. New-York, 1905, p. 482-485.

- SCHUL (J.). — Des grossesses extra-utérines anciennes dans leurs rapports avec les grossesses utérines subséquentes. Thèse de Paris 1883. N° 180.
- SECONDE. — Traitement des grossesses extra-utérines. Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale. Paris 1898, p. 801.
- SENS CH.-V. — Etude critique de 89 observations de récurrence de grossesse ectopique. Thèse de Paris, 1900-1901.
- SMET (E. DE). — Concours universitaire de 1865-66. Des grossesses extra-utérines. Bruxelles, 1868.
- SOUSTCHINSKY (M). — Deux cas de récurrence de grossesse tubaire. Genève 1903.
- STEPKOWSKI. — Etude sur l'étiologie de la grossesse extra-utérine. Rev. Gynec. Chir. Abd., 1901, p. 13.
- STOLTZ. — (Art. Grossesse extra-utérine). Dictionnaire de Médecine et Chirurgie, p. 408, Tome XVII.
- STONE (W. S.). — Repeated tubal gestation Am. Journ. Obst. New-York. 1906, p. 862-864.
- STRANCA. — (Observations). Grossesses tubaires récidivées. Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, 1889. T. 3. p. 51.
- STURMER A.-J. — Four cases of ruptured extra-uterine gestation occurring in two women; removal by abdominal section; recovery. J. Obst. et Gynaec. Brit. Emp. London 1903, p. 139-144.
- Quatre cas de grossesses extra-utérines rompues sur deux femmes. Transaction obstetrical Society London 1904, p. 144.
- TAINTURIER. — Etiologie des grossesses extra-utérines. Thèse de Paris, 1894-1895.
- TÉMOIN (D.). — Note sur plusieurs cas d'opération de grossesse extra-utérine. Compte-rendu Soc. d'Obstetr. de Gynec. et de Pædiatr. de Paris, 1903, p. 66.
- TOTH. — Beitrag zur Frage der ektopischen Schwangerschaft. Archiv. Gynécologie 1896. T. 41, p. 461.
- TRACY (S. E.). — A case of ectopic gestation with bilateral suppurative salpingitis and adenomyoma of the uterus. New-York. Med. Journ. 1906, p. 543-545.
- TRAUTMANN (F. A.). — Ein Fall von Extrauterin gravidität mit ausgetragenen Kind. Leipzig 1906 B. Georgi.

- ULMANN. — Un cas de grossesse tubaire récidivante. Wiener méd. Wochenschrift, 1904, p. 5.
- UTHMÖLLER (A. H. H.). — Ueber Extrauterinschwangerschaft. Breslau 1903.
- VAN-ENGELÉN. — Diagnostic de la grossesse extra-utérine. Journal de Médecine de Bruxelles, 1904, p. 21.
- VAN-METER (M. E.). — Ectopic pregnancy; with a report of two cases, Med. Era St-Louis. 1908. 138-141.
- VARNIER. — Grossesses ectopiques récidivées. Observation sur 96 cas. Soc. d'Obstet., de Gynécologie et de pédiatrie de Paris. 1899-1900.
- VELPEAU. — Grossesse extra-utérine. Dictionnaire de Médecine, 2^e édition. Paris 1836. 398-422.
- VIGNARD (E.). — Contribution à l'étiologie de la grossesse extra-utérine basée sur 13 observations. Annales de Gynécologie et d'Obstetrique de Paris, 1901 Novembre, p. 354-364.
- VINEBERG (H. H.) — Simultaneous uterine pregnancy; report of two cases. New-York. Med. Jour. etc. 1906, p. 396-399.
- Ectopic pregnancy in the stump of an excised tube, causing attaches of intestinal hémorrhage. Am. J. N. Y. 1908. 527-533.
- WEBSTER. — De la grossesse extra-utérine. Berlin, 1894.
- Two cases of ectopic gestation. Montréal Med. Journal, 1902, p. 38.
- WEISS. — Grossesse extra-utérine. Rev. Médicale de l'Est. Nancy 1905, p. 147.
- WOOD (F. C.). — Decidual réaction in ectopic pregnancy. New-York Path. Soc 1907-8, p. 136-138.
- WOFF (S. A.) — Repeated extra-utérine pregnancies. Rustk Watch St-Pétersbourg, 1904, p. 1650-1652.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 11 Novembre 1908
Le Recteur,
ANT. BENOIST.

Vu et approuve
Montpellier, le 11 Novembre 1908.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
